ÉVALUATION DES PROGRAMMES

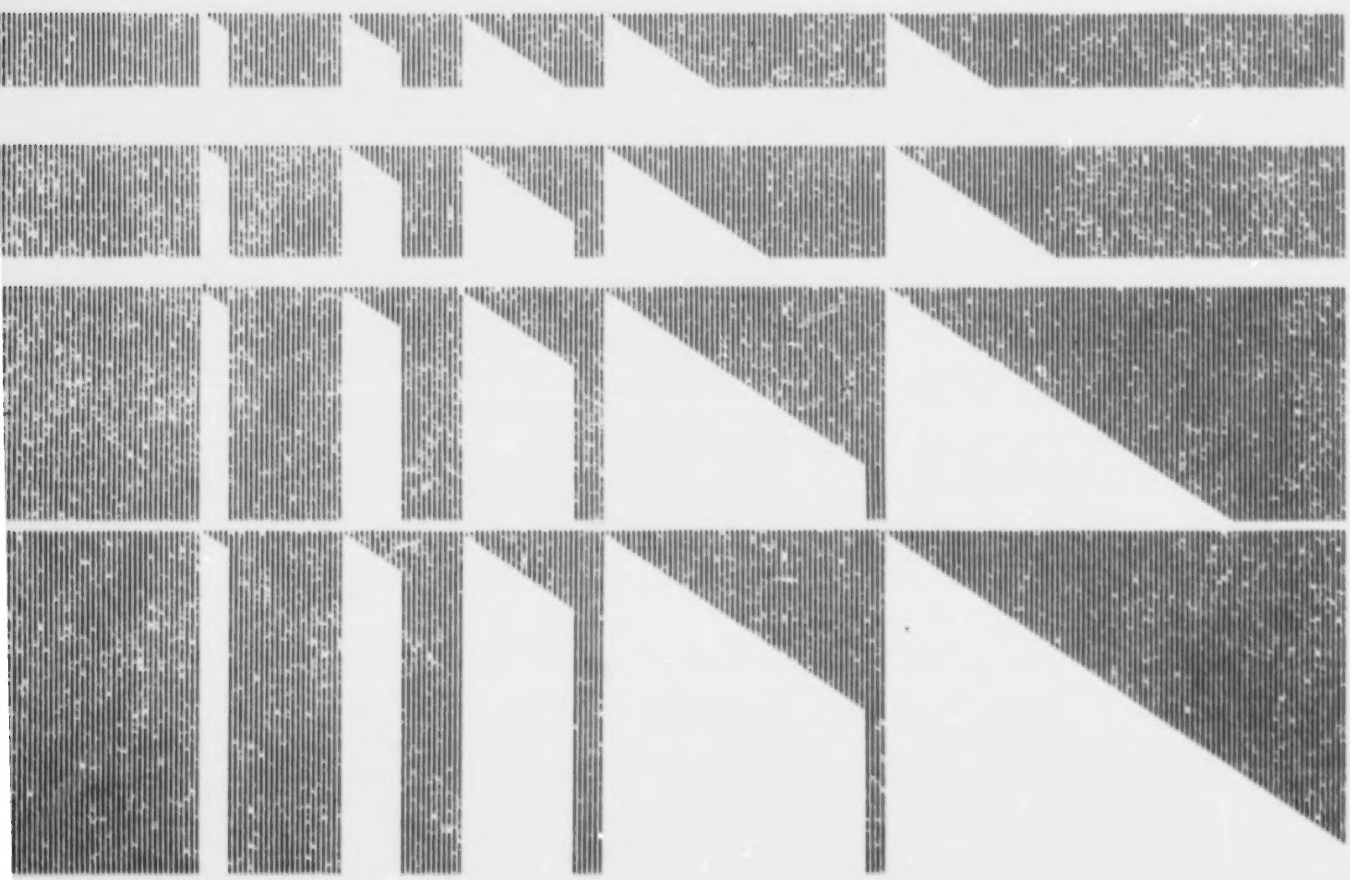
Série Études et analyses

CRSSS ET DÉCENTRALISATION DE 1972 À 1987

Bilan d'une recherche

Québec

28



CRSSS ET DÉCENTRALISATION
DE 1972 À 1987

BILAN D'UNE RECHERCHE

JEAN TURGEON
Ministère de la Santé et des
Services sociaux
Service Evaluation Recouvrement
de la santé (S.E.R.S.)
Direction de l'Evaluation
Octobre 1987

ISBN: 2-550-17878-5
Dépôt légal- 4è trimestre 1987
Bibliothèque nationale du Québec

Turgeon Jean, CRSSS et décentralisation de 1972 à 1987 - Bilan d'une recherche, S.E.R.S., M.S.S.S., mars 1987, 70 pages.

RÉSUMÉ

Ce bilan reprend le contenu de trois études portant sur la décentralisation administrative vers les conseils régionaux de la santé et des services sociaux.

Le chapitre I présente l'étude des principaux écrits législatifs, réglementaires et administratifs relatifs à ce processus structurel. Il se dégage de l'analyse que la décentralisation "sur papier" montre, depuis ses débuts en 1971, une évolution en forme de spirale convergente, une sorte de tourbillon. Le point de convergence de ce tourbillon correspond à un niveau de contrôle relativement peu déterminant en termes de mandats et de pouvoirs.

Le second chapitre est venu confronter cette vision théorique avec la réalité; on voit la place importante, dans le quotidien des CRSSS, des mandats relatifs aux ressources matérielles et humaines et caractérisés plutôt par des pouvoirs de gestion que par des pouvoirs de pression ou de commandement.

Enfin le troisième chapitre apporte une appréciation des réalités via la perception que certains acteurs ont des CRSSS. Il appert que le rôle administratif, en opposition à politique, des CRSSS est prépondérant et que leur marge de manoeuvre par rapport au Ministère est souvent mince. De plus, il ont peu ou pas de pouvoirs de commandement, en opposition à des pouvoirs de gestion ou de pression, relativement aux niveaux de contrôles les plus déterminants en termes de décentralisation, à savoir: détermination ou répartition des ressources budgétaires, création, fusion et abolition des établissements, définition des objectifs, imposition des finalités vers lesquelles les autres moyens devront être mobilisés. Ces pouvoirs leur sont contestés à la fois par les établissements et leur association, par les regroupements médicaux, par certains fonctionnaires du Ministère et même par la population qui n'hésite pas à l'occasion à faire appel aux élus municipaux, provinciaux ou même fédéraux pour renverser une décision du CRSSS avec laquelle elle n'est pas en accord.

Tout cela délimite à l'intérieur de la grille d'analyse utilisée tout au long de la recherche une "zone critique" pour laquelle les CRSSS auraient à se battre âprement contre à peu près tout le monde pour pouvoir y oeuvrer. Il apparaît que la délégation aux CRSSS de nouveaux mandats correspondant à cette zone ne pourra vraisemblablement pas s'effectuer dans le cadre de la décentralisation administrative actuelle. Tout mouvement vers une responsabilisation accrue du CRSSS, ou plus largement de tout niveau intermédiaire entre le Ministère et les établissements, doit passer par un changement des règles du jeu élaborées il y a maintenant plus de 15 ans.

CRSSS et décentralisation de 1972 à 1987 - Bilan d'une recherche (Québec Regional Health Board and decentralization : an overview), S.E.R.S., M.S.S.S., March 1987, 70 p.

SUMMARY

This document summarizes the content of three studies which look into adminstrative decentralization towards the regional Health and Social Services Councils.

Chapter I offers a study of the main legislative, reglementary and administrative documents relating to this structural process. The analysis reveals that decentralization "on paper", since its earliest phase in 1971, has shown an evolution in the form of a convergent spiral, the vertex of which corresponds to a level of control which is not very determinent as regards mandates and powers.

The second chapter confronts this theoretical view with reality; we see the daily importance for the CRSSS of their andates concerning material and human resources. These mandates are characterized more by administrative powers than by powers pressure or command.

The third and final chapter presents an appreciation of certain realities filtered through the way in which various actors perceive the CRSSS. It appears that the administrative as apposed to the political role of the CRSSS is preponderant and that it often has but a slight margin of manoeuvre in regard to the provincial Department of Health and Social Services. Moreover, the CRSSSs have little or no power to command as compared to their power to administrate or to exert pressure when it comes to the most determinant levels of control for decentralization; these involve determining or distributing budgetary resources, merging or abolishing establishments, defining the objectives and imposing the finalities around which all other means should be mobilized. That the CRSSS might enjoy such powers is contested by the establishments and their associations, as well as by medical associations and certain departmental officials; at times, even the population has appealed to municipal, provincial or federal representatives in order to reverse a CRSSS decision which had failed to meet with popular approval.

Within the analytical grid utilized throughout the research, all these elements delimit a "critical zone" for which the CRSSS would have to wage a pitched battle against virtually everyone in order to function adequately. And, it seems that delegation of new mandates to CRSSS within this zone probably cannot be accomplished within the existing framework of administrative decentralization. Any movement to increase the authority of the CRSSS, or, in broader terms, the authority of all the intermediate levels between the Department and the establishments, will necessitate a change in the ground rules elaborated more that 15 years ago.

REMERCIEMENTS

Cette recherche a débuté il y a plus de quatre ans par la volonté de deux personnes d'étudier le processus de décentralisation administrative vers les conseils régionaux. MM. Jean-Claude Deschênes et Pierre Bergeron, à l'époque respectivement sous-ministre et directeur de l'Evaluation des programmes du ministère des Affaires sociales, me demandèrent alors de mener à bien cette recherche qui devait être complétée dans un court laps de temps. Après une étude préliminaire, il fallut se rendre à l'évidence que la tâche était plus complexe qu'il n'y paraissait au départ et que la mener à bien serait affaire de patience.

Plusieurs personnes m'ont soutenu dans cette longue recherche. J'aimerais souligner tout d'abord l'apport de M. Vincent Lemieux, politicologue de l'université Laval. Au Ministère, je dois remercier plus particulièrement MM. Pierre Bergeron et Pierre Boyle, ce dernier étant à l'époque chef du service de l'Evaluation-Santé, M. François Camirand de même que M. Robert Jacob. Il me faut également souligner la contribution de Mme Lorraine Fournier et de tous ceux et celles qui, dans les CRSSS et à la Conférence, ont permis la réalisation de l'inventaire de l'activité des CRSSS. Cet inventaire consitue l'objet du second chapitre du présent bilan. Enfin je remercie les gens de l'équipe universitaire, plus particulièrement MM. Harold Bhérer et Jacques Godbout, qui ont mené à bien la troisième partie de cette recherche. Un dernier mot pour souligner le travail de dactylographie de mesdames Céline Drouin et Lisette Dupuis.

Jean Turgeon

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....1

CHAPITRE I: LA DÉCENTRALISATION SUR PAPIER.....3

1.1 Le cadre d'analyse.....3

1.2 Des travaux de la commission d'enquête Castonguay-Nepveu à la loi 65 (1971).....6

1.3 Les premières années des CRSSS (1972-76).....9

1.4 L'Age d'or de la décentralisation administrative (1977-1981)..... 10

1.5 Un recul relatif du processus de décentralisation (1981-1985).....16

1.6 Quoi de neuf en 1986?.....17

1.7 Principales constatations.....23

1.8 Le tourbillon de la décentralisation.....29

CHAPITRE II: LES CRSSS AU QUOTIDIEN.....31

2.1 Inventaire de l'activité des CRSSS.....31

2.2 Analyse de l'inventaire.....32

2.3 Les principales constatations concernant le quotidien des CRSSS.....37

CHAPITRE III: PERCEPTION DES CRSSS.....39

3.1 Contexte général.....39

3.2 Les CRSSS tels qu'ils se perçoivent.....39

3.3 Perception des établissements.....40

3.4 La vision des autres.....42

3.5 Les portraits des CRSSS.....44

CONCLUSION.....47

BIBLIOGRAPHIE.....63

ANNEXE I: Décentralisation: La théorie.....69

ANNEXE 2: Les thèmes du répertoire: Que font donc les CRSSS?, MSSS, Décembre 1985.

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

TABLEAU 1: Mandats contenus dans les principales circulaires 1984-1985.....18

TABLEAU 2: Mandats confiés aux CRSSS contenus dans les principaux décrets, 1984-1985.....20

FIGURE 1: Evolution du processus de décentralisation administative 1972-1986.....24

FIGURE 2: Grille d'analyse donnant l'importance relative en termes de décentralisation des dossiers rapportés par les CRSSS.....35

FIGURE 3: Types de CRSSS selon leur poids sur chaque dimension....45

FIGURE 4: La zone critique de la décentralisation administrative actuelle.....62

INTRODUCTION

Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a voulu évaluer rétrospectivement le processus de partage des pouvoirs à l'intérieur du réseau socio-sanitaire, particulièrement en rapport avec la création d'une instance régionale : le CRSSS. Plusieurs raisons militaient en faveur de cette évaluation.

Il faut tout d'abord souligner les divergences d'opinion quant au degré de succès de l'opération. Pour certains acteurs l'expérience est jugée dans son ensemble relativement positive et l'on aimerait voir confier dans l'avenir d'autres mandats aux instances régionales. Pour d'autres l'expérience de décentralisation vers les CRSSS est jugée plutôt négativement : certains s'interrogent même sur la pertinence de conserver ce qu'ils considèrent comme un palier bureaucratique supplémentaire. Pour d'autres encore la situation qui prévaut dans le réseau socio-sanitaire depuis plus de quinze ans ne s'apparente pas à une véritable décentralisation : celle-ci reste à faire.

Par ailleurs plusieurs conseils régionaux eux-mêmes ont déjà fait valoir que, depuis le début du processus de décentralisation, le Ministère leur a confié de nombreux mandats sans leur donner simultanément tous les moyens nécessaires pour les réaliser.

Enfin il convient également de rappeler que, plus particulièrement à la fin des années '70, le discours de l'Etat sur la décentralisation a débordé largement le seul domaine socio-sanitaire pour s'étendre à plusieurs secteurs de l'activité gouvernementale. Le bilan de la décentralisation dans le domaine de la santé et des services sociaux s'avérait donc un travail utile pour éclairer la formulation des politiques devant guider ce mouvement général.

Ce bilan reprend en autant de chapitres, le contenu de trois études portant sur la décentralisation vers les CRSSS. Il examine le processus de partage des pouvoirs et responsabilités entre le Ministère et les CRSSS selon deux aspects: l'étendue des intentions de décentralisation et la profondeur des réalisations à cet égard. L'étendue, c'est avant tout l'ampleur du discours décentralisateur tel qu'exprimé par le législateur et le Ministère depuis 1971 dans la loi et les principaux mandats confiés aux conseils régionaux. C'est l'étude de la décentralisation en droit, **sur papier.** C'est l'objet du premier chapitre. L'étude de la profondeur, c'est celle de la décentralisation **dans les faits.** Elle vise un double objectif : tout d'abord recenser et faire connaître l'activité des CRSSS (chapitre 2), puis connaître la perception qu'ont les CRSSS et leurs partenaires de la décentralisation (chapitre 3). La conclusion tente de dégager un portrait général de la décentralisation administrative vers les CRSSS quinze ans après leur création. Enfin le lecteur trouvera à l'annexe 1 les définitions des principaux concepts utiisés: centralisation, déconcentration, décentralisation et régionalisation.

CHAPITRE I

LA DÉCENTRALISATION SUR PAPIER

1.1 Le cadre d'analyse

Le cadre d'analyse utilisé pour étudier le processus de décentralisation administrative s'inspire en partie de travaux de M. Vincent Lemieux, politicologue de l'université Laval, qui a proposé une échelle permettant d'évaluer le degré de centralisation ou de décentralisation d'un organisme public ou privé (Lemieux 1980). Pour établir de façon plus précise le degré de décentralisation d'un système, Lemieux (1980: 696-698) suppose un certain ordre logique dans l'importance relative des contrôles qui peuvent être soit conservés par le palier central (le M.S.S.S.), soit décentralisés entre les mains d'acteurs comme les conseils régionaux. L'ordre qu'il propose, et dont la présente recherche s'inspire largement, va des mandats et fonctions, les moins déterminants vers les plus déterminants:

- Le premier niveau correspond aux mandats et fonctions concernant l'information circulante non-finalisante, celle-ci se définissant comme l'ensemble des ressources informationnelles autres que celles qui définissent explicitement les orientations et la nature même du réseau des Affaires sociales. Ils s'expriment par des formules comme susciter la participation, assurer des communications, concevoir des systèmes d'information, etc..

- Le second niveau correspond aux mandats relatifs aux ressources humaines, non-dirigeantes et dirigeantes, et aux ressources matérielles non-monétaires. Ces deux ressources sont souvent indisso-

ciables dans la pratique puisqu'elles forment, entre autres, les services socio-sanitaires sur lesquels les conseils régionaux auront plus ou moins de "contrôle" selon la nature du mandat qui leur sera confié par le Ministère ou le Gouvernement du Québec. A ce niveau, les CRSSS ont seulement un pouvoir de dépenser (ou de contrôle des dépenses) des budgets définis par le MSSS. : ils ne possède pas de pouvoirs ou responsabilités sur la répartition des budgets, encore moins sur leur détermination.

- Le troisième niveau représente justement celui des mandats relatifs aux ressources monétaires (budgétaires). Il concerne les mandats rattachés à la détermination des budgets, à leur répartition.

- Le quatrième concerne plus particulièrement les mandats relatifs à l'existence même des établissements : abolition, fusion, création.

- Quant au cinquième niveau, il concerne ce que Lemieux (1980 : 694) appelle l'information structurante : celle qui définit explicitement les orientations et la nature même du réseau socio-sanitaire ou de l'une de ses composantes. Les mandats rattachés à ce cinquième niveau concernent la définition des objectifs, l'élaboration de politiques, l'édiction de normes ou de règlements pouvant contraindre d'autres acteurs (en l'occurence les établissements socio-sanitaires). Cette distinction entre information structurante et non-structurante s'inspire des travaux d'Henri Laborit (1974). En contrôlant cette information structurante, ou finalisante, on contrôle ce qui doit être, les performances qui peuvent être exigées d'un acteur (Lemieux 1980 : 694).

Cependant, certains mandats ne peuvent être identifiés à un seul de ces niveaux. Il s'agit de ceux reliés à des activités d'évaluation. L'importance relative de ce type d'activité est étroitement liée à l'objet

d'évaluation. En fait il est postulé que c'est ce dernier qui détermine à quel niveau de la grille d'analyse se situe cette évaluation. Cette grille à cinq niveaux devrait permettre de caractériser l'importance relative des mandats et fonctions confiés aux CRSSS.

Par ailleurs, une dimension supplémentaire d'analyse a été intégrée à chacun des cinq niveaux de cet ordre logique, soit celle du type de pouvoir exercé par rapport à un mandat. Celle-ci consiste à caractériser les pouvoirs confiés aux conseils régionaux en trois catégories, soit des pouvoirs de "pression", de "gestion" et enfin de "commandement".

Les pouvoirs de "pression" sont ceux qui situent les conseils régionaux dans un rôle de conseiller face au MSSS, aux établissements ou à la population. Quelques exemples : adresser ses recommandations, collaborer, promouvoir, proposer, recommander, susciter la participation, etc. Les pouvoirs de "gestion" impliquent généralement un pouvoir administratif : pouvoirs de coordination, de concertation, d'organisation, etc. où les conseils régionaux n'ont aucun pouvoir de contrainte sur les établissements. Enfin les pouvoirs de "commandement" impliquent un pouvoir exécutif pour le CRSSS, un pouvoir de contrainte sur les établissements ou le milieu. Qu'il s'agisse de penser à des activités comme "autoriser", "contrôler", "exproprier", "fixer" (des règlements), etc. En fait l'on peut considérer "pression" et "commandement" comme les deux extrémités d'un continuum sur lequel se situeraient au milieu les pouvoirs de "gestion". L'étude de l'étendue devrait permettre de suivre l'évolution des conseils régionaux à la fois en termes de l'importance relative des mandats de même qu'en termes du type de pouvoir exercé en regard de ces mandats.

C'est en joignant ces deux informations que l'on obtient la grille d'analyse qui servira à étudier l'évolution du processus de décentrali-

sation administrative vers les CRSSS tel qu'il se présente dans les textes législatifs, réglementaires et administratifs.

1.2 Des travaux de la commission d'enquête Castonguay-Nepveu à la Loi 65 (1971)

1.2.1 La Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social

Le Gouvernement du Québec mandatait en 1966 la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (Commission Castonguay-Nepveu) pour faire enquête sur tout le domaine de la santé et du bien-être social.

Par rapport au secteur de la santé, la Commission dégage deux objectifs fondamentaux au système de santé : améliorer l'état de santé de la population et l'état du milieu (Commission 1970 IV (2): 14-17). Les commissaires considèrent que l'atteinte de ces objectifs passent par une régionalisation et une décentralisation du régime (Commission 1970 IV (2) : 53) :

> "Il faut que les pouvoirs de décision des divers niveaux du régime correspondent à leur tâche et qu'on situe l'orientation et la planification du régime à un niveau qui commande suffisamment de ressources pour être souple et qui soit à la fois assez près des problèmes pour les reconnaître rapidement et agir en conséquence".

Pour assurer la réalisation de cette décentralisation dans le secteur de la santé, la Commission recommande qu'elle s'effectue sur la base de trois régions, chacune comprenant un Office et un Conseil régional de la santé. L'Office (ORS) est un organisme administratif de la puissance publique pour le secteur de la santé. C'est une corporation publique qui devra accomplir des tâches de planification, de programmation, de contrôle et de soutien administratif en plus de jouer un rôle déterminant quant à la création et la mise en tutelle des établissements. Le Conseil (CRS) est créé pour restituer la souveraineté des citoyens

sur les champs d'action, fournir un canal d'expression à ceux qui sont "sans voix", constituer la conscience "extérieure" de l'organisation. Les orientations générales de l'ORS y sont soumises pour consultation obligatoire et périodique. De plus les recommandations de la Commission prévoyaient une représentation importante de la population au sein des conseils d'administration de ces organismes.

Par rapport au secteur des services sociaux, les mêmes préoccupations animent les commissaires : participation consultative des citoyens afin de connaître leurs besoins, participation décisionnelle des personnes et groupes concernées à l'élaboration des projets et des programmes (Commission 1972 IV (2): 439). La régionalisation et la décentralisation s'articulent cette fois-ci sur la base des dix régions administratives crées en 1966. A l'intérieur de chacune de celles-ci, un Office et un Conseil régional des services sociaux sont créés. L'Office (ORSS) établira une planification et une programmation des besoins régionaux. Il possèdera entre autres des pouvoirs étendus en matière de financement et de budgétisation (niveau 3 de la grille) de même qu'en ce qui concerne la création des établissements de services sociaux de son territoire (niveau 4). Le Conseil (CRSS) aura un rôle de "pression" : assister l'Office de son territoire dans ses fonctions. Enfin la Commission prévoit la création de conférences régionales des établissements de services sociaux pour assister l'ORSS dans l'élaboration des programmes régionaux (Commission 1972 IV (2): 444-445).

En résumé, la Commission recommande pour les deux secteurs la mise en place d'organismes assez semblables possédant des pouvoirs déterminants mais des territoires d'intervention différents. La population a une place importante au sein de ces différents organismes.

1.2.2 La Loi sur les services de santé et les services sociaux de 1971

Dans sa première version, le projet de loi 65 (1971) ne retient pas l'idée des conseils régionaux de la santé ou des services sociaux ni des conseils consultatifs des établissements proposés par la Commission. Le législateur ne découpe pas le territoire québécois différemment selon qu'il s'agisse de la santé ou des services sociaux comme le proposait les commissaires. Il y aura 12 Offices régionaux des affaires sociales (ORAS), occupant des territoires inégalement dotés en ressources socio-sanitaires. Ces ORAS n'ont plus aucun pouvoir de gestion ou de commandement en ce qui concerne les ressources monétaires, la création, la fusion ou l'abolition des établissements. Ils ont cependant à réglementer l'activité des institutions et sont obligatoirement consultés par le Ministre lors de l'élaboration des programmes de développement. Le projet de loi fut amendé suite aux nombreuses réactions négatives qu'il suscita en commission parlementaire, de la part des associations d'établissements et de professionnels.

La version finale, qui sera adoptée le 24 décembre 1971, s'éloigne encore davantage des recommandations émises par la Commission Castonguay-Nepveu. Elle met en place des conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS) dont les pouvoirs et fonctions sont relativement faibles, se situant essentiellement aux deux premiers niveaux de la grille. Les CRSSS sont consacrés organismes de pression plutôt que de commandement par rapport aux établissements de leur territoire. Leurs pouvoirs administratifs sont pour ainsi dire inexistants. Enfin les conseils d'administration des CRSSS font une large place aux établissements au détriment des représentants de la population.

1.3 Les premières années des CRSSS (1972-1976)

La lecture des rapports des conseils régionaux pour les années 1972 et 1973 indique que ceux-ci se sont acquittés dans les délais prévus de leur premier mandat : l'organisation des élections des membres des conseils d'administration des établissements.

Au début de 1973, le ministère des Affaires sociales (MAS) demande aux CRSSS de faire un inventaire des activités et des besoins dans les domaines de la santé et des services sociaux de leur territoire (niveau 1). Il demande également aux CRSSS de répertorier les services d'urgence et de définir les besoins dans ce secteur d'activités à la lumière des recommandations du comité du "Système de services d'urgence" du MAS (niveau 1). En mars 1974 le Ministère confie aux conseils régionaux l'élaboration et l'implantation d'un système d'achat de groupe pour les établissements de leur territoire (niveau 2). Jusque-là aucune prérogative gouvernementale n'a été déléguée aux CRSSS (Hamel 1981 : 204).

En mai 1975, une circulaire (INF-74-1975) signée par le sous-ministre délègue pour la première fois une certaine responsabilité aux CRSSS : l'étude, l'autorisation et le remboursement des demandes de réparations et de rénovations mineures dont les coûts seraient inférieurs à 50 000 $ (niveau 3). L'autorisation est donnée à l'établissement par le CRSSS qui recommande au MAS le paiement.

Au début de 1976, le Ministère annonce une série de mesures dont l'un des objectifs est le freinage de l'augmentation des coûts de la santé. L'une de ces mesures, contenue dans une circulaire (NP-4-1976), concerne les projets d'immobilisation et d'équipement des centres hospitaliers publics. Elle confie aux CRSSS la responsabilité d'autoriser et de financer les projets de construction et de réaménagement ainsi que

les demandes d'équipements inférieures à 1 000 000 $. Pour financer ces projets, un fonds égal à 45% des revenus des centres hospitaliers provenant des suppléments payés par les bénéficiaires désirant une chambre privée ou semi-privée est confié au CRSSS, les établissements gardant pour eux un autre 45% et le Ministère se réservant 10% pour la péréquation interrégionale. Cette formule, en plus de faire entrer les CRSSS dans le secteur névralgique des décisions d'allocations des ressources, établit de fait une enveloppe fermée pour le financement de ces projets.

Pour l'ensemble de la période 1972-1975, les mandats confiés aux CRSSS semblent donc relativement peu importants en termes de décentralisation. Ils concernent essentiellement des activités de cueillettes de données ou encore de financement très marginal des ressources matérielles des établissements. Il faut attendre 1976 pour assister au coup d'envoi de la décentralisation. L'un des objectifs alors retenu est de freiner l'augmentation des coûts de la santé.

1.4 L'Age d'or de la décentralisation administrative (1977-1981)

1.4.1 Une année déterminante : 1977

Le 24 mars 1977, le Ministère émet une série de mandats portant spécifiquement sur la décentralisation. La circulaire INF-35-1977 expose la problématique générale de la décentralisation. Le MAS indique alors que la stratégie de décentralisation choisie est expérimentale et évolutive. On y mentionne que le Ministère conservera les activités concernant la définition des orientations, objectifs, priorités et budgets au niveau provincial, la définition des vocations des établissements de même qu'un rôle d'évaluation et de contrôle à posteriori des activités et de l'utilisation des ressources. Cette circulaire précise de plus

que le Ministère veut confier certaines responsabilités aux établissements, notamment en ce qui concerne leur gestion interne.

Quant aux CRSSS, ils ont à mettre sur pied des commissions administratives régionales (C.A.R.) chargées de l'organisation, de la mise en commun de services et du partage des ressources régionales entre les établissements et ce principalement pour trois secteurs : les CLSC, la mésadaptation sociale et les services psychiatriques de courte et de longue durée. Ainsi, la décentralisation administrative vers les CRSSS se voulait dans une large mesure une décentralisation vers les établissements via la mise sur pied de ces C.A.R. Selon la circulaire, le CRSSS représente l'instance légale garantissant la permanence de gestion, la continuité, la cohérence des décisions en fonction des priorités régionales et la représentation des intérêts de la population de la région. Les C.A.R. pour leur part représentent l'intérêt des établissements et assurent, au niveau régional, l'expertise sectorielle (MAS 1977: 3-4).

A la fin d'octobre 1977, le Ministère confie aux CRSSS le mandat d'étudier les demandes d'immobilisations et d'équipements de 250 000 $ et moins, en provenance des établissements de services sociaux, augmentant ainsi le plafond de 50 000 $ fixé en mai 1975.

En novembre de la même année, l'Assemblée nationale venait légaliser l'existence des commissions administratives régionales par l'adoption du projet de loi 10. Celui-ci confie également aux CRSSS le mandat de mettre sur pied et d'administrer des services communs pour les établissements de leurs régions. Enfin il oblige les établissements à préparer un plan d'organisation interne décrivant les structures administratives de l'établissement, ses directions, services et départements.

1.4.2 Une volonté qui s'affirme : 1978

C'est par le projet de Loi 103 adopté le 23 décembre 1978 que le législateur effectue un premier amendement majeur à la Loi sur les services de santé et les services sociaux et consacre la volonté d'augmenter le rôle et les pouvoirs décisionnels des CRSSS. L'article 1 de ce projet de loi ajoute à l'article 18 de la loi un aliéna supplémentaire :

> "d'exercer, à l'intérieur de son territoire, toute autre fonction ou d'assumer le coût de tout programme relié à l'administration des services de santé et des services sociaux et qui lui sont confiés par le lieutenant-gouverneur en conseil."

L'article 44 de la Loi prévoit que, par règlement, le Conseil exécutif pourra autoriser un CRSSS à approuver certains règlements de régie interne d'établissements, des projets de construction ou d'emprunts, etc. A l'article 70, les CRSSS se voient confier le pouvoir d'approuver les plans d'organisation et d'effectifs médicaux des centres hospitaliers affiliés aux universités. Le projet de loi transfert par ailleurs au ministre des Affaires sociales des pouvoirs décisionnels auparavant détenus par le lieutenant-gouverneur en conseil.

1.4.3 Des actions concrètes : 1979-1981

Le Conseil des ministres sanctionnait le 28 novembre 1979 l'arrêté en conseil 3179-79. Celui-ci vient mieux définir les fonctions et pouvoirs des conseils régionaux dans certains secteurs ayant déjà fait l'objet d'une décentralisation au niveau régional, à savoir : la réadaptation, la santé mentale, les services relevant des CLSC, les services à domicile et les activités reliées au transport des malades et blessés. Les CRSSS sont maintenant appelés entre autres, à élaborer

les priorités régionales et les plans de mise en oeuvre des politiques dans ces secteurs.

En 1980, deux projets pilotes de décentralisation-régionalisation voient le jour, l'un en Estrie, l'autre au Saguenay Lac St-Jean (arrêtés en conseil 2234-80 et 2290-80). Les mandats confiés à ces deux conseils régionaux couvrent des fonctions se rapportant aux activités de planification, de programmation et de budgétisation et enfin de contrôle et d'évaluation. Par rapport aux activités de planification, ces CRSSS se voient confier l'important mandat de déterminer les objectifs et priorités régionales à partir des orientations ministérielles. En ce qui a trait aux activités de programmation, d'organisation et de budgétisation, l'accent porte davantage sur le rôle conseil que devront jouer ces CRSSS. Plusieurs activités se situent cependant dans la ligne du commandement : déterminer les clientèles prioritaires, approuver les critères et politiques d'admission, présenter les demandes budgétaires. Dans le cas des activités de contrôle et d'évaluation, l'accent est mis sur le rôle conseil de ces CRSSS auprès du Ministre.

En février 1981 le CRSSS de Montréal métropolitain se voit confier par le Conseil des ministres le mandat de mettre sur pied un centre de coordination des urgences santé pour l'ensemble de son territoire. Le CSSSMM fait plus qu'approuver les critères, procédures et politiques : c'est lui qui les détermine et en assure la mise en place. Par exemple, il a à (arrêtés en conseil 234-81 et 236-81) :

> "Déterminer et assurer la mise en place des politiques d'admission et de transfert des bénéficiaires dans les établissements de la région 06A (...).
> Déterminer et assurer la mise en place des procédures générales et des modes de fonctionnement des services d'urgence dans les établissements (...).

> Déterminer et assurer la mise en place du cadre général que doivent suivre les établissements dans l'affectation et la distribution des lits."

En mars de la même année le Conseil des ministres confie à l'ensemble des CRSSS des nouveaux mandats relativement à la location d'espace et à l'achat d'équipements immobiliers. Ces décrets spécifient que les conseils régionaux distribuent les enveloppes monétaires de base et répartissent les enveloppes de développement en ces domaines.

Enfin en juillet, le Ministère faisant parvenir aux CRSSS une circulaire concernant les budgets 1981-1982 des établissements et lançait l'opération "Plan de redressement". Le Ministère demandait entre autres aux conseils régionaux d'aider les établissements dans l'élaboration de leur plan de redressement. Plusieurs des mandats contenus dans cette circulaire se situent à des niveaux relativement importants : proposer des mesures de rationalisation et en coordonner l'application; proposer les changements de vocation; proposer les fusions d'établissements.

1.4.4 Bilan 1977-1981

Pour l'ensemble de la période 1977-1981, l'importance du mouvement de décentralisation administrative se traduit par le fait que le législateur et le gouvernement confient aux CRSSS (et dans certains cas à certains CRSSS seulement) des mandats dont l'importance va en crescendo jusqu'en 1980. Il semble que le Ministère veuille surtout faire jouer aux CRSSS un rôle de gestionnaire (par rapport à un rôle de conseiller ou de "commandement") en les intégrant de plus en plus dans le processus administratif (et non exécutif). Le rôle d'organisme de pression, bien que toujours présent dans la loi, tend à s'estomper de plus en

plus au profit de celui d'administrateur se situant entre le Ministère d'une part, les établissements et la population de l'autre.

Malgré une volonté clairement exprimée en 1977 de pousser plus loin la décentralisation, celle-ci se limite, jusqu'en 1979, à confier aux CRSSS des mandats souvent relativement peu déterminants en terme de prise de décision. Pou sa part le projet de Loi 103 (1978) pousse plus loin la décentralisation sur papier du Ministère vers les CRSSS mais également du lieutenant gouverneur en conseil vers le ministre des Affaires sociales. L'arrêté en conseil 3179-79 vient confirmer le mouvement de décentralisation en confiant des mandats relativement importants aux conseils régionaux, mais en les intégrant de plus en plus dans une structure hiérarchique d'administration. Les projets pilotes de l'Estrie et du Saguanay Lac St-Jean visent à intégrer ces CRSSS à la majorité des étapes du processus de prise de décision relativement à leur région. Cependant pour la majorité des mandats les plus déterminants, c'est à titre de conseillers du Ministre et non de "preneur de décision" que s'inscrivent ces conseils.

En février 1981, la mise sur pied du centre de coordination des urgences de la région de Montréal métropolitain est l'occasion pour le Conseil des ministres de confier au CSSSMM des mandats relativement importants en terme de décentralisation. Il en va de même pour les mandats concernant les locations d'espace et les achats d'équipements immobiliers par l'ensemble des CRSSS. Enfin l'intégration des CRSSS à l'opération "Plan de redressement" devait permettre aux CRSSS, du moins c'est ce qui était énoncé dans la circulaire, de jouer un rôle déterminant dans la réallocation des ressources de leurs territoires.

1.5 Un recul relatif du processus de décentralisation (1981-1985)

1.5.1 La Loi 27 (1981)

La Loi modifiant diverses dispositions législatives dans le domaine de la santé et des services sociaux fut déposée à l'Assemblée nationale le 19 novembre 1981. Ce projet de loi touchait sept lois majeures, dont la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Concernant plus particulièrement les amendements apportés à cette dernière, l'on peut constater essentiellement cinq phénomènes (Turgeon 1983: 79-84) :

- de façon générale, le législateur confie aux CRSSS des mandats relativement peu importants du point de vue de la décentralisation;

- les mandats déterminants en termes de décentralisation concernent les services d'urgence : établir les politiques d'admission et de transfert des bénéficiaires, fixer les normes de fonctionnement des services d'urgence et d'utilisation et de distribution des lits;

- il y a absence de mandats reliés aux ressources budgétaires;

- le Ministre établit une liste de pouvoirs réglementaires qu'il se garde;

- il y a modification substantielle de la composition du conseil d'administration des CRSSS de façon à donner plus de place aux représentants de la population.

Les réactions en commission parlementaire furent nombreuses. Les représentants des établissements, des corporations professionnelles concernées, le Comité provincial des malades, l'Association de Santé pu-

blique s'opposèrent tous à l'augmentation des pouvoirs décisionnels conférés aux CRSSS et au Ministre.

Pas moins d'une centaine d'amendements furent présentés au texte initial en deuxième lecture. Les protestations lors de la commission parlementaire ont permis une modification relativement substantielle des fonctions dévolues aux CRSSS, ceci ayant pour effet de ralentir, du moins dans les textes législatifs, le processus de décentralisation administrative engagé depuis plus de 10 ans.

Depuis lors, le processus de décentralisation administrative semble s'être ralenti, du moins jusqu'en 1985. La mise à jour du document de 1983 (MAS 1983) permet de relever les mandats suivants (Tableaux 1 et 2).

Comme on peut le constater à la lecture de ces tableaux, les conseils régionaux se voient généralement confier durant cette période des mandats relativement peu importants en terme de décentralisation. Seuls quelques mandats concernent des niveaux jugés déterminants (niveaux 3 et 5) en terme de décentralisation selon la grille d'analyse utilisée en 1983. Cela ne veut pas dire cependant qu'ils ne doivent pas consacrer à ces nouveaux mandats une part importante de leur ressource.

1.6 Quoi de neuf en 1986?

Peu de nouveaux mandats ont été confiés aux conseils régionaux en 1986. Il faut tout d'abord rappeler le décret 545-86 du 23 avril 1986 concernant le règlement modifiant le Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements. Ce décret vient modifier quelques articles de ce règlement concernant les CRSSS. Par exemple :

TABLEAU 1. Mandats contenus dans les principales circulaires 1984-1985

CIRCULAIRE (DATE)	DESCRIPTION	IMPORTANCE RELATIVE SELON LA GRILLE (1983)
1984-009	Remplacement d'un médecin : mécanisme de dépannage sous la responsabilité des CRSSS.	Niveau 2 gestion
1984-012 (16-03-84)	Budget de renouvellement d'équipement mobilier administré par les CRSSS via un fonds.	Niveau 2 gestion Niveau 2 et 3 commandement
1984-025 (23-03-84)	Règlement sur les locations d'immeubles.	Niveau 2 gestion
Lettre (02-04-84)	Faire connaître aux MRC le réseau et ses orientations et projets régionaux.	Niveau 1 pression
1984-026 (12-06-84)	Plan d'embauche des personnes handicapées.	Niveau 1 pression
1984-050 (11-06-84)	Partage des responsabilités CSS-CLSC. Mettre en oeuvre le transfert des ressources à partir d'un document du MAS.	Niveau 2 gestion
1984-051 (20-06-84)	Relativement aux règlements de la Loi 27 (1981).	Niveau 2 et 5 gestion commandement
1984-053 (16-08-84)	Systèmes d'information sur les clientèles (CAH, CAR, CHSLD), orientations et cueillettes des données.	Niveau 1 gestion

TABLEAU 1. (Suite et fin)

CIRCULAIRE (DATE)	DESCRIPTION	IMPORTANCE RELATIVE SELON LA GRILLE (1983)
1984-054 (20-06-84)	Gestion financière des établissements et des CRSSS : autorisation du CRSSS pour conclure les contrats de biens ou services en matière d'informatique, de bureautique, de buanderie, de cafétaria et de certains équipements médicaux.	Niveaux 2 et 3 gestion
1984-069 (24-10-84)	Evaluation et orientation des bénéficiaires : CTMSP 81.	Niveau 2 gestion
1984-081 (31-10-84)	Plan d'amélioration des relations avec les citoyens.	Niveau 1 pression gestion
1985-004 (18-06-85)	Budget de renouvellement d'équipements pour les établissements de services sociaux (annule 1984-012).	Niveaux 2 et 3 gestion commandement
1985-005 (27-02-85)	Gestion par les CRSSS d'un fonds pour l'achat de services de laboratoire par les CLSC.	Niveau 2 gestion

TABLEAU 2. Mandats confiés aux CRSSS contenus dans les principaux décrets, 1984-1985

DECRET (DATE)	DESCRIPTION	IMPORTANCE RELATIVE SELON LA GRILLE (1983)
1127-84 (16-05-84)	Concernant le règlement sur la gestion financière des établissements. Un établissement doit obtenir l'autorisation écrite du CRSSS pour conclure un contrat qui implique des frais de fournitures de biens ou services pour certaines fins précisées au décret.	Niveau 2 gestion commandement
957-84 (25-04-84)	Concernant certains fonds gérés par les CRSSS (régularisation de fonds qui n'avaient pas fait préalablement l'objet d'un arrêté en conseil comme l'exige la Loi).	Niveaux 2 et 3 gestion Niveau 2 commandement
2153-85 (16-10-85)	Primes d'installation et bourses de formation spécialisée dans certaines régions insuffisamment pourvues en professionnels de la santé.	Niveaux 2 et 3 gestion

Article 6 :

"Le conseil d'administration d'un établissement doit (...) adopter des règlements portant sur les points suivants :
(paragraphe II) : dans le cas des centres hospitaliers et des centres d'accueil, la détermination des critères d'admission et de sortie définitive et des politiques de transfert des bénéficiaires à soumettre à l'approbation du conseil régional désigné en vertu de l'article 24."

Article 38, troisième alinéa :

"Le bénéficiaire recevant des soins de longue durée ou des services d'hébergement doit être avisé par l'établissement lui donnant de tels services de la date de sa sortie définitive au moins 72 heures à l'avance. Le conseil régional doit aussi être informé au préalable de la date de la sortie définitive d'un bénéficiaire recevant des soins de longue durée ou des services d'hébergement."

Article 74, après le premier alinéa

"En collaboration avec le conseil régional et les organismes concernés et en tenant compte des objectifs de santé déterminés au niveau du territoire du conseil régional ou de celui du Québec, le chef du département de santé communautaire peut également étudier et évaluer l'organisation et le fonctionnement des services de santé du territoire du département."

Les deux premiers amendements viennent élargir le mandat des conseils régionaux en obligeant les établissements à soumettre aux CRSSS leurs critères d'admission et de sortie non seulement pour les services d'urgence, mais pour l'ensemble des services. Ces mandats sont déterminants en termes de décentralisation puisqu'ils devraient permettre aux CRSSS de mieux agencer l'offre et la demande de lits de courte ou longue durée de leur territoire. A la limite, un CRSSS pourrait ainsi contraindre les établissements de son territoire à adhérer aux objectifs et politiques qu'il s'est donné relativement à ces domaines d'intervention. Il s'agit donc de mandats relatifs au niveau 5 de la grille d'analyse, mandats caractérisés par des pouvoirs de gestion et de commandement sur les établissements.

L'amendement à l'article 74 concerne en fait des ressources informationnelles autres que celles qui définissent explicitement les orientations ou la nature même du réseau socio-sanitaire, donc d'une importance relativement moindre en terme de décentralisation. Il se situerait au premier niveau de la grille d'analyse et se caractérise par des pouvoirs de "pression" (collaborer).

L'autre série de mandats confiés à certains CRSSS concerne le plan d'ensemble de mesures de désengorgement des salles d'urgence. C'est le 19 mars 1986 que la ministre de la Santé et des Services sociaux a présenté un plan d'ensemble de mesures applicables aux régions de Montréal métropolitain et de Québec.

Un second plan d'ensemble de mesures applicables aux régions de Trois-Rivières, de la Montérégie, de Lanaudière et des Laurentides a été dévoilé le 18 juin.

Les conseils régionaux concernés agiront à titre de maître d'oeuvre de la mise en place des mesures en concertation avec les services concer-

nés du Ministère. Par exemple le gouvernement leur confie le mandat de suivre l'évolution de la situation des services d'urgence dans les CH et d'intervenir au besoin. De plus chaque établissement doit démontrer au conseil régional concerné comment il entend affecter les crédits du MSSS pour résoudre chez lui le problème de l'engorgement de l'urgence. Ils se voient également confier le contrôle des mesures retenues, laissant au Ministère le suivi, l'application, le contrôle ainsi que la réévaluation constante de la pertinence de ces mesures. En termes de décentralisation, ces mandats sont relativement importants puisqu'ils concernent les orientations et la nature même d'une partie du système de soins socio-sanitaire du Québec. Selon la grille d'analyse, ils se situent au cinquième niveau, sont caractérisés par des pouvoirs de gestion, et dans une moindre mesure par des pouvoirs de commandement.

1.7 Principales constatations

Des mandats généralement peu déterminants

Depuis leur création en 1972, les CRSSS se sont vus octroyer des mandats de plus en plus nombreux, particulièrement depuis 1977. Jusqu'en 1985, si on exclut les cas des régions de l'Estrie, du Saguenay Lac St-Jean et de Montréal métropolitain, leur importance relative est modeste selon la grille d'analyse employée (Figure 1). En effet, l'on constate que les mandats confiés aux CRSSS en 1972 ne concernent que les niveaux de ressources informationnelles autres que celles qui définissent explicitement les orientations et la nature même du réseau socio-sanitaire, des ressources humaines et matérielles des établissements. Pour la période 1973-1976, la plupart des mandats se situent également au second niveau de la grille proposée.

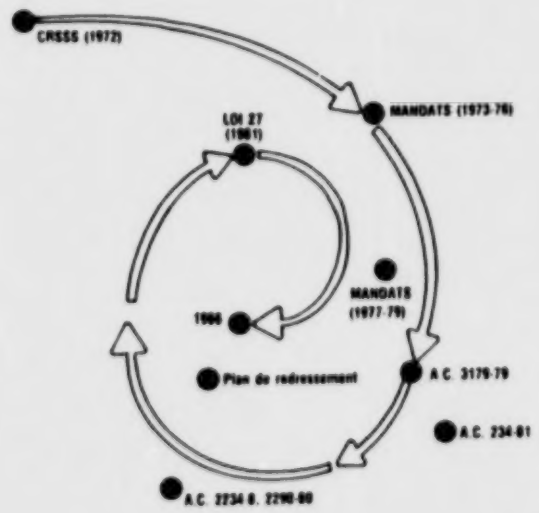
Ce n'est qu'au début de 1977 que la décentralisation administrative vers les CRSSS prend véritablement son envol avec la création des com-

FIGURE 1
ÉVOLUTION DU PROCESSUS DE DÉCENTRALISATION ADMINISTRATIVE 1972-1986

PEU ← IMPORTANCE DES POUVOIRS → BEAUCOUP

PEU ↓ IMPORTANCE DES DOSSIERS ↓ BEAUCOUP

DOSSIERS, ACTIVITÉS CONCERNANT:	TYPES DE POUVOIRS		
	Pression	Gestion	Commandement
1- L'information circulante non-finalisante ressources informationnelles qui ne définissent pas les orientations et la nature de la Santé et des Services sociaux.			
2- Les ressources humaines et matérielles des établissements, leur clientèles, programmes et services.			
3- Détermination et/ou répartition des ressources financières (budgétaires).			
4- La création, la fusion, l'abolition des établissements.			
5- L'information structurante (définition des objectifs, imposition des finalités vers lesquelles les autres moyens devront être mobilisés).			



missions administratives régionales et quelques mandats concernant plus spécifiquement le troisième niveau : celui des ressources budgétaires. Cependant les CRSSS restent alors confinés à un rôle de gestionnaire sans grand pouvoir de commandement. L'arrêté en conseil 3179-79 constitue un point tournant pour l'ensemble des CRSSS en leur confiant pour certains secteurs des mandats relativement importants, comme élaborer les priorités régionales et les plans de mise en oeuvre des politiques dans les secteurs concernés (niveau 5), déterminer la vocation des établissements concernés qui sera soumis à l'approbation du Ministre (niveau 4). Les décrets de 1980 relatifs aux expériences pilotes du Saguenay Lac St-Jean et de l'Estrie, bien que mentionnant surtout des mandats caractérisés par des pouvoirs de pression (conseiller, collaborer, etc.) n'en demeurent pas moins importants en terme de décentralisation puisque ces deux CRSSS ont, entre autres, à déterminer les priorités régionales de même que les clientèles prioritaires, à approuver les critères et politiques d'admission des bénéficiaires, etc.

La loi 27 (1981) concèda très peu de mandats déterminants aux CRSSS et aucun concernant le niveau "névralgique" des ressources budgétaires. Jusqu'en 1985 l'on constate un piétinement, sinon un certain recul du processus de décentralisation vers les CRSSS (Turgeon 1983 : 93). En 1986, avec le règlement modifiant le Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements et la mise en place de mesures de désengorgement des salles d'urgence, les CRSSS se voient confier, du moins sur papier, des mandats relativement déterminants en terme de décentralisation, bien que par rapport à des secteurs déterminés du domaine socio-sanitaire.

<u>De la pression à la gestion sans beaucoup de commandement</u>

En termes de "pouvoir", les CRSSS sont passés de statut d'organisme de pression à celui d'organisme de gestion et, dans une moindre mesure, de

commandement. Il apparaît cependant que depuis 1981, le niveau provincial hésite à confier aux conseils régionaux de nouveaux pouvoirs de commandement, les situant de plus en plus dans la ligne hiérarchique du Ministère.

Décentralisation ou déconcentration?

La délégation de responsabilités distingue la décentralisation de la déconcentration (Dufault 1979 : 26; Gournay 1967 : 127). Sous cet angle, il serait permis de mettre en doute la pertinence du vocable "décentralisation" utilisé jusqu'à ce jour pour désigner une délégation d'autorité sans délégation de responsabilités aux conseils régionaux. La responsabilité, au sens de prendre une décision sans en référer à une autorité supérieure, n'est pas souvent confiée aux CRSSS lorsqu'on leur confie un mandat. Du moins est-ce la situation sur papier. Il semble qu'en l'absence dans la législation de toute délégation officielle, la ministre de la Santé et des Services sociaux conserve l'entière responsabilité du réseau socio-sanitaire.

Par ailleurs, il ne faudrait pas surestimer la marge de manoeuvre du Ministère lui-même face au Conseil du trésor. La loi sur l'administration financière (L.R.Q. c. A-6) indique bien l'étroitesse de cette marge :

> "Article 45. Aucun engagement ne peut être imputé sur un crédit sauf à la demande du chef ou sous-chef d'un ministère ou organisme de tout fonctionnaire indiqué par le Conseil du trésor. Cette demande doit être faite selon la forme prescrite par le Conseil du trésor et être accompagnée des documents qu'il détermine.

> Article 51. Aucun paiement sur le fonds consolidé du revenu ne peut être fait sauf à la demande du chef ou sous-chef d'un ministère ou organisme de tout fonctionnaire indiqué par le Conseil du trésor. Cette demande doit être faite selon la forme prescrite par le Conseil du trésor et être accompagnée des documents qu'il détermine."

Cette question de la responsabilité revêt toute son importance dans le cas des mandats reliés au niveau des ressources budgétaires (niveau 3) et caractérisés par des pouvoirs de commandement ainsi qu'à ceux des niveaux 4 (création, fusion ou abolition des établissements) et 5 (détermination des orientations même du réseau ou d'une partie de celui-ci) caractérisés par des pouvoirs de gestion et de commandement.

La décentralisation : des différences interrégionales

Avant 1980, l'ensemble des conseils régionaux se voyaient généralement confier des mandats similaires. Les décrets de 1980 concernant l'Estrie et le Saguenay Lac St-Jean, ou encore les mandats plus récents confiés à certains conseils régionaux concernant le désengorgement des urgences sont venus briser le monolithisme vécu jusque-là dans le processus de décentralisation.

La participation des établissements au niveau régional

Cette participation s'effectue à deux niveaux différents : tout d'abord au niveau du conseil d'administration du CRSSS où les établissements représentent le tiers des membres, ensuite au niveau des commissions administratives régionales. Elle permet une co-gestion partielle et limitée CRSSS-établissements.

Scepticisme des associations d'établissements et des regroupements de professionnels de la santé

Lors de la présentation des deux projets de loi (Loi 65 (1971); Loi 27 (1981)), les associations d'établissements et les associations de professionnels de la santé ont tout fait en leur pouvoir pour freiner sinon enrayer le processus de décentralisation administrative vers les CRSSS, qu'ils perçoivent plutôt comme un processus de centralisation régionale.

Augmentation des pouvoirs du Ministre

En contrepoids à la volonté de décentraliser, il y a celle de confier plus de pouvoirs au Ministre, tout d'abord aux dépends du lieutenant-gouverneur en conseil. Par exemple en 1978, la Loi 103 lui transfère l'autorisation pour l'émission de lettres patentes supplémentaires, l'annulation et la délivrance de lettres patentes en cas de fusion ou de conversion des établissements, la nomination des représentants des groupes socio-économiques sur les conseils d'administration des conseils régionaux et des établissements. De la même façon, via une réglementation importante (art. 173 de la Loi 27 (1981)) aux dépends des CRSSS et des établissements.

Un parent pauvre : la population

La participation de la population aux instances décisionnelles régionales est relativement peu importante, même avec les améliorations qu'a apporté la Loi 27 (1981) à ce chapitre. Actuellement, sur les 15 membres qui forment le C.A. d'un CRSSS, six seulement n'appartiennent pas aux réseaux socio-sanitaire ou de l'Education : deux sont nommés par les maires, trois par le Ministre après consultation des groupes socio-économiques de la région et enfin un par les organismes bénévoles

oeuvrant dans le domaine socio-sanitaire. De plus, aucun mécanisme de consultation de la population n'est encore officiellement prévu, quinze ans après la réforme.

Absence de spécificité des rôles du Ministère et des CRSSS

Il est particulièrement préoccupant de constater qu'il n'y a pas eu, depuis 1971, de document officiel indiquant clairement la spécificité des rôles, pouvoirs et responsabilités du Ministère et des CRSSS. Tous les documents consultés, y compris les textes de loi, fournissent des informations ambigües.

1.8 Le tourbillon de la décentralisation

Beaucoup de chemin a été parcouru au Québec en quinze ans dans le domaine socio-sanitaire. Le système actuellement en place figure parmi les meilleurs du monde et fait l'envie de plus d'un pays.

Du point de vue de la gestion du réseau cependant, relativement peu de choses ont changé. Alors que la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux indiquait au début des années 70 que la régionalisation doit postuler la décentralisation des décisions relatives au développement et au fonctionnement du régime (Commission 1970, IV (2): 53), le Ministère conserve encore aujourd'hui des contrôles déterminants et est ainsi souvent occupé à la gestion du réseau plutôt qu'à son orientation. Cette situation ne permet que peu de marge de manoeuvre aux CRSSS, marge de manoeuvre à exercer par rapport à des mandats souvent relativement peu déterminants en termes de décentralisation. De plus, il semble également que le processus de décentralisation amorcé avec la création des CRSSS, après avoir connu une progression importante jusqu'au début des années 80, se soit essouflé depuis lors. En effet, l'analyse des écrits tend à démontrer qu'avec l'adoption de la

Loi 27 (1981), ce processus a même subi un certain recul et que depuis lors le Ministère hésite à confier davantage de pouvoirs et de mandats à l'ensemble des CRSSS. Cette évolution explique la forme en spirale qui caractérise l'évolution de la décentralisation sur papier tel que le fait voir la figure 1 (page 24). Le point de convergence de cette spirale pourrait être interprété comme le point d'équilibre des forces et contraintes définies par le cadre actuel de la décentralisation.

CHAPITRE II

LES CRSSS AU QUOTIDIEN[1]

2.1 Inventaire de l'activité des CRSSS

A l'automne de 1984, les conseils régionaux ont été sollicités afin de participer à l'inventaire de leurs activités pour la période de 1983 à 1985. Il avait été convenu que la Conférence des CRSSS contacterait chaque conseil régional et assurerait le suivi de la recherche. L'inventaire a été réalisé selon une grille, où l'on demandait entre autres à chaque CRSSS d'indiquer : la nature de chaque dossier, ses objectifs et l'importance relative qu'il lui accorde. Cette importance pouvait être qualifiée par l'un ou l'autre des trois adjectifs suivants : essentiel, important, souhaitable. Il n'y avait pas de classement ou de regroupement des activités qu'on voulait voir privilégier; il s'agissait plutôt de laisser à chaque conseil régional le plus de latitude possible à ce sujet.

Des treize conseils régionaux actuels, onze ont été invités à participer à cette recherche. Les CRSSS Cri (Baie James) et Kativik (Baies d'Hudson et D'Ungava) n'ont pas été retenus à ce moment. Des onze CRSSS sollicités, six ont participé à l'exercice et leurs réponses ont été regroupées dans un répertoire publié récemment (Turgeon et Fournier 1985). Les activités des conseils y sont regroupées en près de soixante thèmes contenant eux-mêmes plus de 460 dossiers (Annexe 2). Chaque conseil régional a abordé un certain nombre de ces thèmes et possède

---

1 Le présent chapitre reprend de larges extraits d'un article paru dans la revue Santé et Société, 8 (2), Printemps 1986, pp. 33-36.

ses propres dossiers. Le nombre de thèmes abordés et de dossiers varient beaucoup d'un CRSSS à l'autre.

2.2 Analyse de l'inventaire

L'analyse ne prétend pas à l'exhaustivité ou à la représentativité dans l'étude de l'activité des CRSSS. A défaut d'élaborer un portrait de chaque conseil régional, elle vise à dégager des tendances générales chez les CRSSS concernés, à ébaucher en quelque sorte le portrait du CRSSS type.

Deux cadres d'analyse distincts mais complémentaires sont utilisés : le premier concerne l'importance accordée par les CRSSS pour chacun de leurs dossiers. Le second est celui déjà utilisé au chapitre précédent lors de l'évaluation du processus de décentralisation sur papier. Enfin l'intégration des deux cadres et les principales constatations sont dégagées.

2.2.1 Importance relative pour les CRSSS de leurs dossiers

Des 467 dossiers mentionnés par les six conseils régionaux, 422 (90 %) ont été évalués selon les trois degrés suggérés (essentiel, important, souhaitable). En considérant uniquement les dossiers notés, 53 % sont estimés "essentiel", 36 % "important", et 11 % "souhaitable". Ils considèrent, de façon générale, la majorité de leurs activités comme essentielles et la presque totalité (90 %) comme essentielles ou importantes. Le nombre très faible de dossiers évalués "souhaitable" apparaît comme un indice très révélateur de ce qui soulève le moins d'intérêt pour ces conseils régionaux.

Huit thèmes du répertoire ressortent comme plus essentiels que les autres compte tenu de l'adhésion de presque tous les CRSSS à ces thèmes

et du pourcentage très élevé de dossiers essentiels qu'ils contiennent. Ce sont :

- admission des bénéficiaires;
- évaluation des bénéficiaires;
- gestion financière régionalisée;
- plaintes;
- plan d'organisation;
- réadaptation/mésadaptation sociale;
- réallocation des ressources (DSC-CSS-CLSC);
- santé mentale.

Ces "priorités communes" des CRSSS présentent certaines caractéristiques intéressantes. Tout d'abord, plusieurs sont la réponse concrète à un mandat contenu dans un ou plusieurs articles de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. C'est le cas des cinq premiers thèmes. Deux de ceux-ci ont fait en plus l'objet de décrets précis en 1984 (Admission et évaluation des bénéficiaires). Les trois derniers thèmes se rattachent directement au contenu d'un arrêté en conseil très important dans l'évolution du processus de décentralisation administrative : l'arrêté en conseil 3179-79 du 28 novembre 1979 (cf. section 1.3.3).

Par ailleurs, on dénombre 20 thèmes dont certains dossiers ont été jugés souhaitables. Il arrive souvent que seulement quelques-uns des dossiers du thème soient jugés souhaitables par quelques-uns des CRSSS l'ayant abordé : la prudence s'impose avant de généraliser une situation qui peut être seulement le reflet des préoccupations d'un seul conseil régional. Néanmoins certains thèmes ressortent plus particulièrement comme moins importants pour les CRSSS. Il s'agit de :

- condition féminine;
- formation/perfectionnement;

- information générale;
- relance économique;
- relations avec les citoyens.

Les conseils régionaux concernés considèrent plusieurs des activités reliées à ces thèmes comme moins prioritaires par rapport à l'ensemble de leurs activités. Le rôle d'animateur du milieu rattaché à la plupart de ces activités n'est donc pas valorisé de façon générale par ces six conseils régionaux.

2.2.2 Importance relative des dossiers selon la grille d'analyse

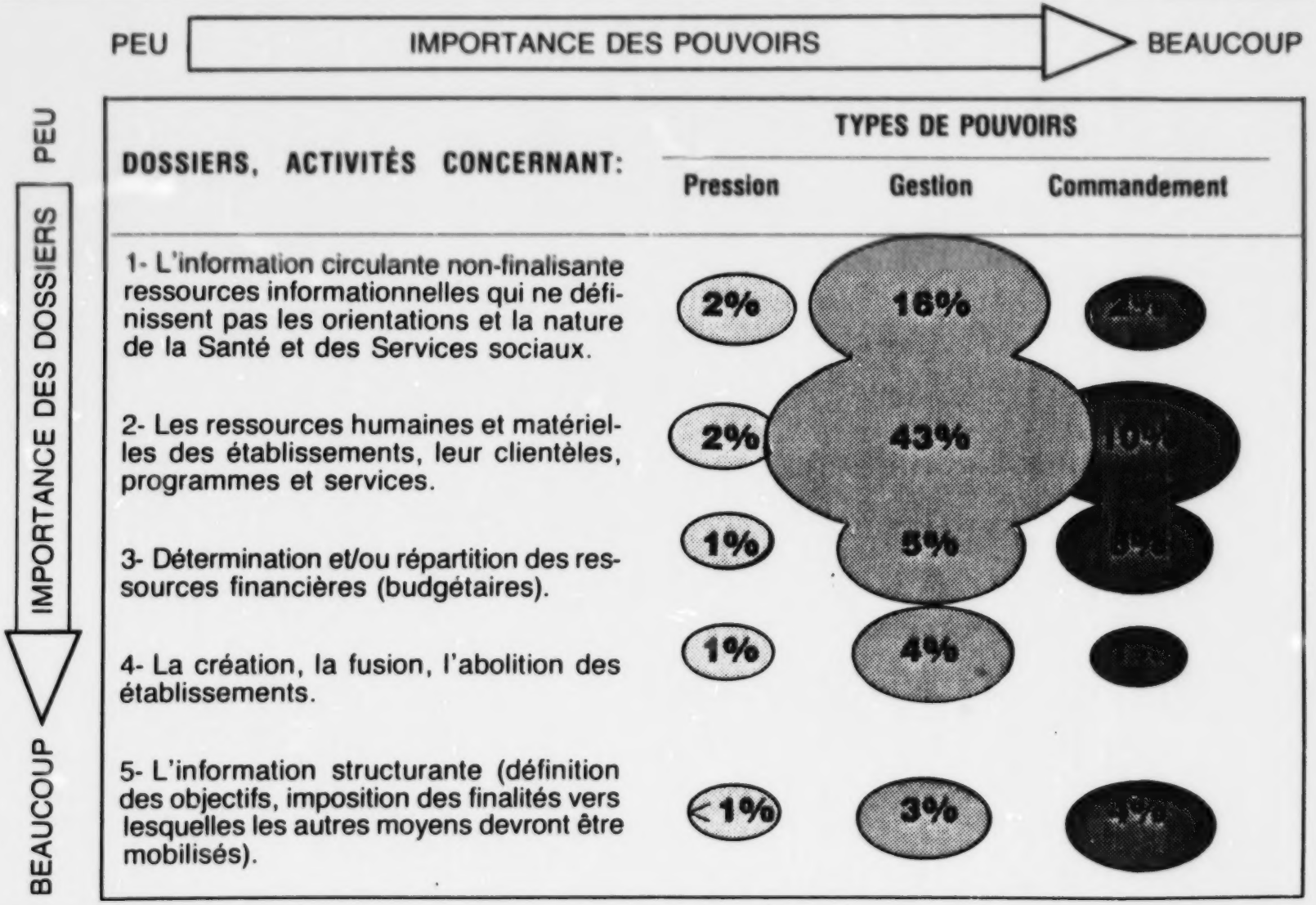
Après répartition de l'ensemble des dossiers dans la grille (figure 2), l'on constate que la majorité de l'activité des conseils régionaux est concentrée au second niveau (ressources humaines et matérielles des établissements, leur clientèle, programmes et services) et caractérisée par un pouvoir de gestion. Moins de 25 % des dossiers recensés ont trait aux trois niveaux de contrôle les plus déterminants. On note une forte propension des CRSSS répondants à caractériser leurs activités par rapport au niveau 3 (détermination ou répartition des ressources monétaires) et au niveau 5 (information structurante) par des pouvoirs de commandement. De plus, de façon générale, les activités décrites ne sont caractérisées par des pouvoirs de pression que dans 6 % des cas.

2.2.3 Les commissions administratives régionales

Dans le répertoire, 13 dossiers sont inscrits sour le thème "commission" et les activités s'y rattachant sont nombreuses. Tous ces dossiers sont jugés essentiels (9/14, soit 70 %) ou importants (30 %) par les quatre conseils régionaux concernés. Toutefois, pour en avoir fait le recensement dans le répertoire, l'on sait que tous les CRSSS ont formé au moins une commission administrative régionale. Les commis-

FIGURE 2

GRILLE D'ANALYSE DONNANT L'IMPORTANCE RELATIVE EN TERMES DE DÉCENTRALISATION DES DOSSIERS RAPPORTÉS PAR LES CRSSS



sions d'immobilisations, équipements ou location d'espaces sont les plus nombreuses (15), suivi des commissions des achats en groupe ou approvisionnement en commun (11).

Mis à part ces deux types de commissions, il y a très peu d'homogénéité entre les CRSSS quant à la nature de leurs commissions. Par exemple, les régions de l'Estrie (05) et de Québec (03) semblent vouloir privilégier une approche par type d'établissements. A l'opposé, la région de Trois-Rivières (04) a mis sur pied des commissions portant sur les services et non par type d'établissements. La plupart des autres régions ont une approche ayant plus d'affinités avec celle de la région de Trois-Rivières qu'avec celle des régions de l'Estrie et de Québec.

L'existence même de commissions administratives représente une forme importante de décentralisation dans la mesure où les établissements peuvent s'exprimer et être sensibilisés par rapport aux préoccupations de leur conseil régional. Il faut également rappeler que ces commissions sont actuellement consultatives et que leurs recommandations sont acheminées au conseil d'administration du CRSSS concerné pour approbation.

2.2.4 Intégration des deux cadres d'analyse

La répartition par niveau de l'importance relative qu'accordent les CRSSS eux-mêmes aux différents dossiers montre que le pourcentage de dossiers jugés souhaitables décroît du premier niveau au cinquième et que celui des dossiers jugés essentiels augmente de façon importante aux troisième, quatrième et cinquième niveaux, ceux considérés les plus déterminants en termes de décentralisation.

Par ailleurs, les conseils régionaux jugent plus souvent essentiels des dossiers caractérisés par des pouvoirs de commandement, ce qui n'est

pas en contradiction avec les constatations précédentes. En effet, ils ont généralement jugé relativement plus essentiels des dossiers caractérisés par des pouvoirs de commandement aux troisième (budgets) et cinquième (information structurante) niveaux de la grille. Il n'est donc pas étonnant de retrouver les thèmes des dossiers évalués majoritairement "essentiel" dans une proportion relativement plus importante aux trois derniers niveaux de la grille et caractérisés relativement plus souvent par des pouvoirs de commandement.

2.3 Les principales constatations concernant le quotidien des CRSSS

L'information qui a été colTigée, bien que fragmentaire, permet de constater que ces CRSSS abordent leurs dossiers en les teintant d'une couleur régionale. A défaut de pouvoir dresser un portrait des onze CRSSS pour les raisons indiquées précédemment, les données permettent de décrire le CRSSS type. Celui-ci, comme le citoyen moyen, n'existe pas à proprement parler. C'est cependant un concept fort utile.

Voici donc son portrait : c'est un gestionnaire qui a 15 ans d'expérience. Son travail, à plus de 75 %, se situe selon la grille d'analyse utilisée à un niveau de contrôle peu déterminant en termes de décentralisation administrative. L'intérêt de ce gestionnaire se porte cependant davantage sur l'autre 25 % de son travail, celui correspondant aux troisième, quatrième et cinquième niveaux de la grille, ceux fe la détermination ou de la répartition des budgets, la création, fusion ou abolition d'établissements, la définition des objectifs et l'imposition des finalités vers lesquelles les autres moyens devront être mobilisés. C'est également un gestionnaire qui définit très peu son travail en termes d'activités de pression (6 %) (recommander, suggérer, conseiler, etc.), beaucoup en termes d'activités de gestion (71 %) et dans une moindre mesure de commandement (23 %). Il juge généralement ces activités de commandement plus essentielles que les autres,

particulièrement celles des niveaux les plus déterminants en termes de décentralisation.

Les principales préoccupations du CRSSS type pour la période 1983-1985 étaient : l'admission des bénéficiaires, l'évaluation des bénéficiaires, la gestion financière, les plaintes, les plans d'organisation des CH, la réadaptation/mésadaptation sociale, la réallocation des ressources (DSC, CSS, CLSC), la santé mentale.

De façon générale, les activités qu'il juge souhaitables, par opposition à importantes ou essentielles, concernent davantage son rôle d'animateur du milieu. Parmi ces thèmes jugés souhaitables, certains ressortent plus particulièrement : la condition féminine, la formation/perfectionnement, l'information générale à la population, les relations avec les citoyens.

Le CRSSS type juge plus prioritaire la gestion d'un réseau d'établissements que l'animation de la population régionale.

CHAPITRE III

PERCEPTION DES CONSEILS REGIONAUX DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX

3.1 Contexte général

L'objet principal de cette troisième étude consistait à dégager les profils des CRSSS à partir des perceptions des principaux acteurs concernés sur les rôles, les pouvoirs, les fonctions et les résultats du CRSSS. La direction de l'Evaluation des programmes du ministère de la Santé et des Services sociaux a subventionné à cette fin une équipe universitaire dirigée par M. Harold Bhérer, professeur au département de Management de l'université Laval. Ces perceptions ont été recueillies de la fin de 1984 à l'automne de 1985. Le rapport de cette étude a été déposé au Ministère en décembre 1986 (Bhérer et coll. 1986). Le présent chapitre emprunte de larges extraits du résumé de ce rapport. Les perceptions recensées proviennent essentiellement de deux types de répondants : d'une part, permanents des CRSSS, du réseau et d'organismes associés ou du Ministère, d'autre part représentants de la population : membres de conseils d'administration des CRSSS et des établissements et leaders régionaux. Ces répondants se regroupent selon trois entités territoriales différentes : provincial, régional et local.

3.2 Les CRSSS tels qu'ils se perçoivent

A l'intérieur des CRSSS, ce sont les représentants aux conseils d'administration (c.a.) sans fonction exécutive qui sont généralement les moins satisfaits de la performance des CRSSS et les moins ambitieux quant à son avenir. Ces répondants sont souvent incapables d'identifier des dossiers d'intervention importants ou, s'il en est, d'y découvrir un rôle positif ou simplement une présence marquée du CRSSS. Généralement, ils se sentent mal à l'aise avec le langage technocrati-

que des permanents et des autres membres du conseil d'administration représentant les établissements. Certains ont lancé la serviette et doutent carrément de la possibilité ou de l'opportunité soit, d'augmenter les pouvoirs du CRSSS ou encore la représentation populaire hors-réseau au sein de son conseil d'administration.

Par contre, la permanence du CRSSS et les représentants de la population au c.a. dotés de fonctions exécutives (exécutif du CRSSS) dégagent dans la grande majorité des régions une vision nettement plus positive. Ils sont plus satisfaits de la performance passée du CRSSS et optimistes quant à la possibilité d'y impliquer davantage la population. Ils font voir les CRSSS sous un jour que les autres acteurs n'ont jamais révélé, les présentant généralement comme des organismes intercédant fréquemment auprès du Ministère, bien que souvent sans grand résultat, en faveur de l'un ou l'autre ou d'un groupe d'établissements de leurs régions respectives et, dans une moindre mesure, en faveur de la population régionale.

3.3 Perception des établissements

Les petits établissements et les CSS tendent à craindre l'ingérence des CRSSS dans leur gestion. Dans plusieurs régions ils n'en apprécient pas moins la "protection" que leur apportent le CRSSS, à la fois contre un Ministère qui a eu récemment tendance à leur couper les vivres et contre les plus gros établissements qui veulent s'accaparer la grosse part du gâteau lors de la répartition des budgets.

Les gros établissements apprécient également la protection du CRSSS, et redoutent moins que les petits son ingérence que ces derniers considèrent envahissante; ils dégagent un sentiment de sécurité et de contrôle relatif des orientations du CRSSS et se pensent capables d'utiliser cette structure pour s'opposer au MSSS.

De manière générale, l'ensemble des établissements considère que la marge de manoeuvre du CRSSS est mince, voire pour plusieurs, inexistante. La plupart des acteurs rencontrés dans les quatre types d'établissements soulignent la dimension administrative de leurs relations avec le conseil régional, par opposition à la dimension politique qui elle se réalise essentiellement avec le Ministère. Par ailleurs, sauf dans les CLSC, on se méfie de l'influence du CRSSS : il est perçu comme une menace à l'autonomie. Enfin en ce qui concerne les relations du CRSSS avec la population, deux choses à souligner. Tout d'abord, la grande majorité estime que le CRSSS informe très peu la population. Pour certains c'est une lacune, pour d'autres une situation normale puisque pour ces derniers c'est là le rôle des établissements. En second lieu il faut noter le manque de connaissance des établissements de ce que font les CRSSS dans les dossiers initiés par la population. En effet la grande majorité est incapable de nommer un seul de ces dossiers alors que les permanents des CRSSS pouvaient en énumérer plusieurs. Les établissements ne savent généralement pas tout ce qui se fait dans leur CRSSS.

Les quatre types d'établissements (centres hospitaliers, centres locaux de services communautaires, centres de services sociaux et centres d'accueil) souhaitent également une plus grande décentralisation administrative, pourvu qu'elle les intègre étroitement au processus de prise de décision. Le CRSSS idéal est décrit comme plus indépendant du MSSS et plus près des établissements par rapport à la situation actuelle, avec plus de pouvoir en matière de programmation, de planification et de budgétisation.

En général, les répondants des établissements estiment que pour améliorer les CRSSS et se rapprocher un peu plus de l'idéal plusieurs changements seraient nécessaires. Premièrement, il faudrait une clarification des rôles entre les CRSSS et le MSSS et une redistribution des

pouvoirs au profit des régions; deuxièmement une amélioration des relations entre les CRSSS et les établissements s'impose; troisièmement, mais cette fois le consensus est beaucoup moins important, un accroissement de la participation et de l'implication de la population dans les CRSSS, particulièrement au sein des conseils d'administration, afin d'assurer une meilleure adéquation des services et des décisions aux besoins réels. Ce dernier souhait vient en contradiction flagrante avec le jugement fort sévère porté par plusieurs répondants sur la performance actuelle des représentants de la population dans les conseils d'administration des CRSSS.

3.4 La vision des "autres"

Pour les leaders régionaux et les hors-réseau (leaders et représentants des groupes populaires), le CRSSS est généralement considéré comme une succursale du Ministère et, en même temps, un organisme au service des établissements. Ils ne lui reconnaissent aucune marge de manoeuvre face au Ministère et perçoivent les établissements comme engagés dans une lutte de pouvoir avec les CRSSS. L'information du CRSSS vers la population, ou celle échangée entre le réseau socio-sanitaire et les associations communautaires, est perçue comme insuffisante et inefficace. En ce qui a trait à la situation idéale, ces répondants affirment la nécessité d'un organisme régional et même infra- régional pour endiguer les tendances technocratiques aussi bien des établissements que du Ministère. Cet organisme pourrait même être de nature politique plutôt qu'administrative.

Les entrevues réalisées au Ministère ont permis de voir le problème sous un angle différent : depuis le début du processus de décentralisation administrative vers les régions, le Ministère serait obligé de le défendre auprès du Conseil du trésor à qui plusieurs des répondants attribuent un rôle négatif eu égard à la décentralisation. De plus,

cette décentralisation, bien que s'inspirant des travaux de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, n'aurait pas joui des fondements structurels envisagés, ni d'une conception théorique précise : on espérait que, par définition, décentraliser serait synonyme d'une performance générale améliorée et que la décentralisation pourrait s'édifier d'elle-même, à mesure que se modifieraient les comportements des acteurs.

Du côté des associations d'établissements et de professionnels rencontrés, les conseils régionaux sont souvent perçus comme les "bumpers politiques" du Ministère. Pour les associations d'établissements, le sentiment général est à l'effet que les CRSSS n'ont pas réussi à mettre en relation les établissements de catégories différentes, trop occupés qu'ils sont à contrôler les commissions administratives régionales au lieu de simplement les surveiller. Elles ne souhaitent pas en général une poursuite de la décentralisation administrative, contrairement à l'opinion émise par la plupart de leurs membres (établissements) rencontrés dans les différentes régions. Elles envisagent l'avenir selon deux scénarios. Pour certaines les CRSSS devraient être des organismes de consultation oeuvrant auprès de la population, quelque chose de très léger en somme. Pour d'autres, c'est la déconcentration qui est à privilégier au niveau régional : elles parlent d'autorité et non de pouvoir, d'évaluation et non de contrôle, de coordination et non de gestion, le tout assumé par un sous-ministre régional.

Du côté des associations médicales, la critique est globalement virulente : les CRSSS sont perçus comme des structures bureaucratiques et technocratiques peu ou pas intéressées par la pratique et la compétence des médecins, dispensateurs réels des soins de santé. Elles déplorent la marginalisation des praticiens dans le processus décisionnel et la faiblesse des conseils régionaux du côté des mécanismes de consultation. Les associations médicales considèrent la décentralisation admi-

nistrative actuelle comme un échec et suggèrent d'abolir les CRSSS sous leur forme actuelle. Pour elles l'avenir s'envisage de deux façons : ou bien le niveau régional devient un niveau politique avec des élus et des pouvoirs fiscaux, ou bien il disparaît.

3.5 Les portraits des CRSSS

Les perceptions des acteurs ont été également regroupées par région, de manière à dégager un portrait de chaque CRSSS. Une typologie a été créée de manière à regrouper les CRSSS ayant des affinités. Chaque conseil régional fut noté selon trois dimensions :

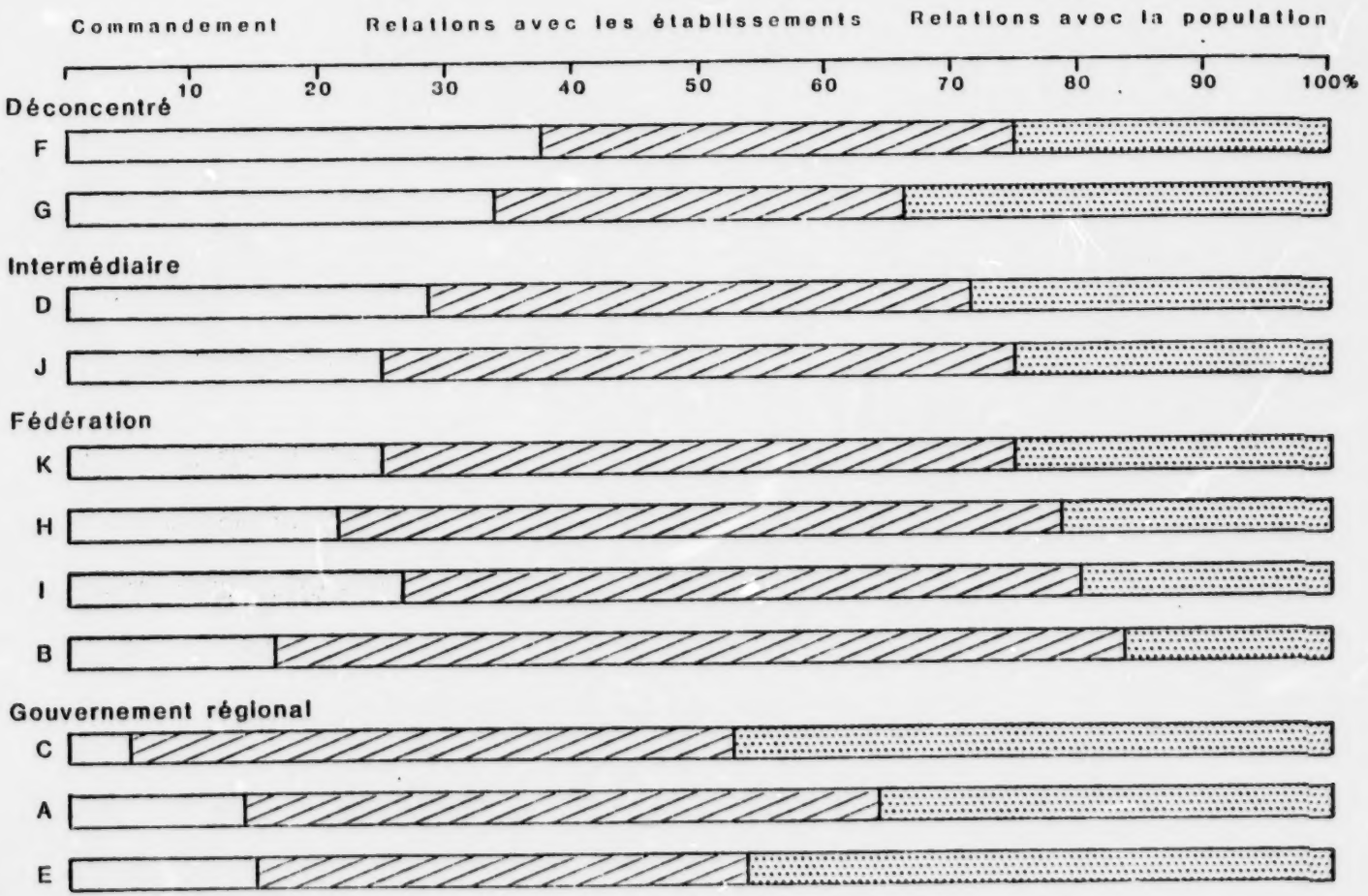
1) l'autorité venant du Ministère qu'ils exercent sur les établissements;
2) la coordination régionale des établissements et la pression qu'ils exercent en leurs noms sur le Ministère;
3) la pression qu'ils exercent au nom de la population vers le Ministère et vers les établissements.

De manière générale, c'est sur cette dernière dimension qui relie le CRSSS à la population que les Conseils sont les plus faibles (Figure 3).

Un premier type de conseil régional où la dimension "autorité déléguée" l'emporte est l'organisme "Déconcentré", le Ministère en région. Deux CRSSS s'apparentent à ce type. Le second type est caractérisé par un faible score sur toutes les dimensions : aucune ne ressort en particulier. La population en est à peu près absente. Deux CRSSS sont ainsi qualifiés "Intermédiaires". Le troisième type regroupe quatre conseils régionaux et se caractérise par un score élevé sur la dimension de coordination et de pression relatives aux établissements. C'est le type "Fédération d'établissements". Enfin le dernier type se caracté-

FIGURE 3

Types de CRSSS selon leurs poids (%) sur chaque dimension



Source: Bhérer et coll., 1986, p. 210

rise par une bonne performance générale, plus particulièrement dans ses relations avec la population. Trois CRSSS sont ainsi qualifiés de "Gouvernement régional". Dans leur description du CRSSS idéal, les répondants décrivent le plus souvent le CRSSS "Fédération d'établissements" ou encore "Gouvernement régional".

Les CRSSS ont dans l'ensemble peu développé le rôle de véhicule des demandes et réactions de la population régionale face au réseau d'établissements et face au MSSS. Ils obtiennent par contre les scores les plus élevés dans la seconde dimension; celle reliée à leur rôle vis-à-vis les établissements. Globalement, les CRSSS sont perçus et se perçoivent comme d'abord utiles aux établissements. Ce biais "administratif" des CRSSS n'étonne pas : la loi contient seulement deux alinéas relativement aux relations CRSSS-population. Tous les autres alinéas leur attribuent plutôt un rôle administratif de gestionnaire en rapport avec les établissements.

Les CRSSS apparaissent donc aux yeux de la majorité des répondants comme des orgnismes de gestion situés à mi-chemin entre le Ministère et les établissements, bien davantage qu'entre ces derniers et la population. Cette recherche a permis également de constater qu'il y a consensus sur l'inadéquation de la décentralisation administrative actuelle comme processus de partage des pouvoirs et responsabilités entre le Ministère et les régions. Par contre il n'y a pas unanimité sur la solution de rechange : les scénarios varient selon les intérêts propres à chaque acteur ou groupes d'acteurs.

CONCLUSION

La décentralisation administrative vers les CRSSS a maintenant près de quinze ans. Comme il a déjà été souligné, le processus a été tributaire d'une approche expérimentale et évolutive sans aucun support théorique véritable. L'analyse tant de l'étendue des intentions que de la profondeur des réalisations démontrent l'absence d'une réelle décentralisation. De plus, plusieurs constatations convergent dans chacun des trois chapitres précédents. Ce regroupement qui correspond à autant de perspectives d'analyse vient valider certaines conclusions importantes. Le regroupement de ces résultats complémentaires permet de décrire de façon plus précise la manière dont s'est effectuée cette décentralisation dans le réseau de la santé et des services sociaux. Voici donc les faits saillants de cette rencontre historique entre les pouvoirs central, régionaux et locaux dans le domaine socio-sanitaire.

Ambiguité de la décentralisation

L'étude de la décentralisation de droit, sur papier, a permis de constater, entre autres, que sous l'angle de la délégation des responsabilités, le vocable "décentralisation" est inapproprié puisque les CRSSS font généralement l'objet d'une délégation de pouvoirs sans délégation de responsabilités. Ils feraient plutôt, de ce point de vue, l'objet d'une déconcentration. L'absence de spécificité des rôles du Ministère et des conseils régionaux n'est pas étrangère à ce phénomène. Cependant cette situation découle surtout du fait que la décentralisation est un terme très équivoque (Bhérer 1986: 1):

> "Pour les uns, le concept de décentralisation sera étroitement associé aux notions d'autonomie, de démocratie de la base, voire même d'autogestion. Pour d'autres, il fait au contraire partie du style de l'administration moderne et il invoque une rationalisation ou un réaménagement des structures de l'Etat dans le sens d'une plus grande efficacité."

Dans le processus actuel, le Ministre conserve très largement la responsabilité du domaine de la santé et des services sociaux puisque c'est au niveau provincial que se retrouvent les élus et que c'est devant l'Assemblée nationale que le gouvernement répond de sa gestion. Le niveau régional n'est pas un palier politique mais administratif. Les répondants de l'étude sur la perception du rôle des CRSSS l'ont maintes fois souligné. Cela les CRSSS le savent. Ils veulent modifier cette situation. Récemment un document de la Conférence des CRSSS proposait entre autres comme orientation (Conférence des CRSSS 1987: 6):

> "La délégation de responsabilités au conseil régional par le gouvernement devra être accompagnée de liens et de représentations politiques plus clairs et plus formels des conseils régionaux par rapport au gouvernement, au ministère et à la population régionale."

Par ailleurs, cette ambiguité permet aux conseils régionaux, en s'appuyant justement sur la dimension "démocratie de la base" attachée à la décentralisation, de justifier leur intérêt relativement aux mandats les plus déterminants en termes de niveau de contrôle. L'étude de l'activité des CRSSS a d'ailleurs déjà démontré leur intérêt en ce sens (Turgeon et Fournier 1986: 35):

> "L'intérêt de ce gestionnaire porte davantage sur ce 25% de son travail qui se situe à des niveaux plus déterminants en termes de décentralisation administrative, soit ceux de la détermination et de la répartition des budgets, de la création, fusion ou abolition des établissements, de la définition des objectifs, l'imposition des

> finalités vers lesquelles les autres moyens doivent être mobilisés."

Le récent document de la Conférence confirme cet intérêt (CCRSSS 1987: 5):

> "Le réseau des services de santé et des services sociaux devra être supporté par une organisation régionale (...) mandaté et constitué pour réaliser un ensemble cohérent de fonctions de planification, de programmation, de budgétisation, d'allocation, d'organisation, de coordination, de gestion et de contrôle-évaluation du réseau de services (...)".

Les CRSSS, dans le contexte d'une poursuite de la décentralisation administrative, revendiquent donc des mandats plus déterminants en termes de niveau de contrôles (selon la grille d'analyse du chapitre I) en appuyant cette revendication sur la légitimité politique qu'ils revendiquent mais cherchent aussi à établir. En ce sens leur démarche récente s'inscrit parfaitement dans la double équivoque de la décentralisation et de la représentation (Bhérer 1986: 2):

> "(Dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux) les CRSSS reçoivent un mandat de <u>représentation de la population</u> et de <u>représentation de l'administratif.</u>"

<u>L'intervention réglementaire importante du Ministère de la Santé et des Services sociaux</u>

Monsieur Claude Castonguay soulignait à la fin des années '70, en jetant un regard rétrospectif sur cette décennie (Castonguay 1979: 36):

> "(...) de 1966 à aujourd'hui, (...) il y a eu toutes sortes d'imprévus qui se sont produits. (...) La tendance des établissements à demander des directives, celles des fonctionnaires à vouloir tout réglementer (...) se

> sont conjugées pour annuler les effets positifs qu'auraient normalement donné le nettoyage des finances et le budget global."

Alors qu'il allait de soit que le Ministère y aille de directives précises concernant la gestion des établissements et des CRSSS au début des années '70, lorsque le réseau était en implantation et les ressources humaines de gestion au niveau régional peu nombreuses, cette façon de faire peut paraître moins justifiable depuis la fin de cette décennie compte tenu du discours "décentralisateur" de cette période et des nombreux mandats confiés aux CRSSS depuis 1977 surtout, compte tenu également du fait que le réseau est presque complété dans ses composantes essentielles et que les ressources humaines de gestion tant dans les établissements qu'au niveau régional sont beaucoup plus nombreuses.

Ce fonctionnement du Ministère qui consiste à vouloir planifier, contrôler et évaluer les services octroyés par les professionnels et les établissements entraîne l'instauration de différents réseaux de pouvoirs parallèles entre certains de ses fonctionnaires et des établissements, court-circuitant ainsi régulièrement les conseils régionaux, et ce même à l'intérieur de mandats ayant déjà été décentralisés à leur niveau. Cela a souvent pour effet de miner sérieusement leur crédibilité face au réseau régional d'établissements et même face à la population. Le mécontentement face à ce fonctionnement a trouvé écho dans l'étude de la perception des CRSSS non seulement au niveau des répondants des conseils régionaux mais également à celui de nombreux répondants d'établissements ne faisant pas partie de ces réseaux, soit par impossibilité d'y adhérer, soit par choix.

La situation actuelle, selon certains, serait due à l'absence d'une véritable politique de santé pour le Québec (Pineault, Lessard 1984: 753). En l'absence d'une telle politique, le Ministère se voit, selon

eux, bien souvent forcé de donner des orientations aux services et aux ressources, multipliant circulaires, directives et avis à toutes les composantes du réseau socio-sanitaire. Pour d'autres toutefois, bien qu'une politique de santé soit une condition nécessaire à une véritable décentralisation, elle pourrait très bien se réaliser à l'intérieur d'un processus structurel centralisé ou déconcentré. Pour d'autres enfin, du Ministère ceux-là, il faut rechercher du côté du Conseil du Trésor et, par delà celui-ci, du Vérificateur des Finances et de l'Assemblée Nationale l'explication, en partie du moins, de ce phénomène (Bhérer 1986: 151):

> "Souvent les ministères en seraient réduits au jeu du chat et de la souris avec le Conseil du Trésor, en masquant dans un premier temps les effets d'un projet de nouvelle réglementation sur la structure des dépenses afin d'obtenir son approbation."

Le Ministère de la Santé et des Services sociaux n'a donc pas le monopole de l'utilisation des procédures réglementaires. C'est là un phénomène largement répandu dans toutes les sphères de l'activité étatique au Québec, au Canada et même aux Etats-Unis.

Le CRSSS: un administrateur sans grand pouvoir de commandement

Au premier chapitre, il a été constaté qu'au cours des 15 dernières années les conseils régionaux sont passés du statut d'organismes de pression à celui d'organismes de gestion et dans une moindre mesure, de commandement. Toutefois les nombreux mandats de gestion que leur ont confiés le législateur et le Ministère durant cette période portaient pour la plupart sur des niveaux de contrôle relativement peu déterminants en termes de décentralisation, soient ceux des ressources informationnelles autres que celles qui définissent explicitement les orientations et la nature même du réseau de la santé et des services

sociaux et ceux relatifs aux ressources humaines et matérielles non-monétaires (cf figure 1, p. 24).

Le second chapitre est venu compléter ce constat. Il y a été souligné que la majorité de l'activité des CRSSS est concentrée au second niveau de la grille d'analyse et caractérisée par un pouvoir de gestion (cf figure 2, p. 35). Il n'est donc pas surprenant de constater que les CRSSS, dans l'ensemble, préfèrent la gestion d'un réseau d'établissements à l'animation de la population régionale.

Enfin l'analyse des perceptions au troisième chapitre est venue valider celles des chapitres précédents (Bhérer 1986: 230):

> "(...) il y a une nette tendance des conseils régionaux à développer un modèle administratif où le CRSSS vient influencer avec plus ou moins de succès le Ministère en amont du processus de prise de décision de ce dernier (...) les CRSSS ont développé une culture organisationnelle tournée vers l'administration, compte tenu des catégories de personnels qui les composent et de celles avec qui ils font affaire quotidiennement (...)"

Une centralisation régionale importante

La tendance du Ministère à souvent gérer le quotidien du réseau de la santé et des services sociaux, plusieurs répondants disent la retrouver au conseil régional. Il apparaît aux établissements qu'au jeu de la décentralisation, le niveau provincial se départit de très peu de pouvoirs et responsabilités au profit du niveau régional. Ce dernier s'appuie largement sur des pouvoirs et responsabilités jusque-là échus aux établissements. Ce jugement mérite d'être nuancé. L'étude de la décentralisation sur papier (chapitre 1) a démontré que le Ministère a confié aux CRSSS plusieurs mandats dont il avait la responsabilité auparavant. Il n'est cependant pas évident qu'il se soit complètement

retiré de tous ces secteurs d'activités pour autant. L'Etat intervient selon un modèle de décentralisation qui n'implique nullement l'abdication de son autorité centrale (Lesemann 1978:24). Les entrevues ont permis également de constater la présence de réseaux de pouvoirs et d'influence parallèle court-circuitant régulièrement les conseils régionaux.

Par ailleurs plusieurs répondants des établissements, surtout chez les plus petits (centres d'accueil, petits CH, CLSC) craignent de perdre leur autonomie si ce type de décentralisation se poursuit. On comprend dès lors leur intérêt marqué pour les commissions administratives régionales qui constituent un outil important permettant de faire contrepoids à ce qu'ils considèrent comme un processus de centralisation régionale.

La très grande majorité des répondants des établissements sont d'accord avec la décentralisation au niveau régional pourvu qu'ils y soient largement représentés et écoutés. L'investissement du CRSSS par les établissements est un phénomène répandu: à preuve la présence de quatre CRSSS du type "fédération d'établissements" (chapitre III).

Des différences interrégionales importantes

Le premier chapitre faisait mention du fait que, dans les textes législatifs, réglementaires ou autres, le processus de décentralisation administrative s'effectue de façon relativement uniforme sur le territoire québécois jusqu'en 1980.

Cette année-là, une expérience-pilote visant à pousser plus loin ce processus fut lançée dans les régions de l'Estrie et du Saguenay/Lac St-Jean (cf section 1.4.3). Bien qu'aucune évaluation formelle de cette expérience ne fut effectuée, l'analyse des perceptions des répon-

dants de ces deux régions démontre que les résultats ne furent pas à la hauteur des attentes régionales. Il faut rappeler également que le Ministère n'avait prévu aucun changement dans sa façon de communiquer avec ces deux CRSSS. Les fonctionnaires traitaient tous les CRSSS de la même manière, n'accordant aucune attention particulière aux CRSSS concernés. Cette situation peut s'expliquer du fait que le Ministère n'était pas (et n'est pas encore) structuré en directions régionales.

A cette période, la région de Montréal métropolitain bénéficia d'une décentralisation plus poussée que les autres dans le domaine des services ambulanciers. Plus récemment cette région, de même que celle de Québec, de la Montérégie, de Lanaudière et des Laurentides de même que celle de Trois-Rivières se sont vus confier de nouveaux mandats relativement à l'engorgement des urgences. Cela mis à part, la décentralisation "sur papier" est encore aujourd'hui relativement uniforme.

Il semble donc aux premiers abords qu'il faille rechercher ailleurs que dans les textes législatifs ou autres l'explication des différences interrégionales constatées lors de l'étude des perceptions de 1984-85. Ce serait oublier la latitude importante que laissaient plusieurs documents émis pendant cette quinzaine d'années. Cette latitude permettait (et permet encore) à chaque CRSSS d'interpréter à sa façon le message contenu tantôt dans certains articles de lois, tantôt dans le texte d'un décret ou d'une directive ministérielle.

C'est ainsi, par exemple, que lors de la mise sur pied des commissions administratives régionales (C.A.R.) des CLSC en 1977, différents types de C.A.R. virent le jour: certaines n'étaient composées que de représentants des CLSC, alors que dans d'autres régions ceux-ci y étaient minoritaires. Il est évident que la composition de cette C.A.R. déterminait dans une large mesure la nature et la perspective des problèmes qui allaient y être abordés.

Un autre exemple révélateur: celui du traitement des plaintes. La Loi 65 (1971) confiait aux CRSSS le mandat de recevoir et d'entendre les plaintes relatives aux établissements socio-sanitaires de leur région respective. Une recherche menée en 1983 (Ménard 1983: 15, 51-52) révèle que l'importance rattachée à ce mandat, la définition d'une plainte, le degré de publicité fait par le CRSSS varient d'une région à l'autre. Par ailleurs, dans la plupart des régions, les plaintes ne se rendent pratiquement jamais au niveau du conseil d'administration du CRSSS.

A cette latitude que laissait les écrits se greffe un certain nombre d'autres facteurs, révélés par l'étude sur les perceptions, qui donnèrent à chaque région une coloration caractéristique.

Il faut mentionner comme premier facteur la personnalité de chaque directeur général des CRSSS. Sa conception personnelle du développement du réseau socio-sanitaire de sa région, le poste-clé qu'il occupe, sa façon de structurer le conseil régional, son leadership au niveau de sa région, ses "entrées" au Ministère, etc. sont autant de facettes qui contribuent à faire de lui un des facteurs déterminant de la couleur régionale obtenue. Toutefois, cette importance du directeur général n'est pas l'apanage exclusif des conseils régionaux: dans une étude portant sur les départements de santé communautaire, O'Neill (1986) souligne l'importance du chef du DSC comme variable significative du dynamisme d'un DSC.

Les caractéristiques du réseau socio-sanitaire régional représentent un second facteur. Par exemple, le fait d'avoir ou non plusieurs gros centres hospitaliers dans sa région, un réseau plus ou moins développé de CLSC, des permanents d'établissements actifs au niveau de leur association provinciale ou à celui du Ministère... des problèmes d'effectifs médicaux, etc, tout cela fait partie de la dynamique régionale.

Les alliances, les pouvoirs, l'influence des uns et des autres contribuent à caractériser chaque région.

La géographie propre à chaque région socio-sanitaire représente un troisième facteur explicatif. Il y a de plus dysfonctionnalité entre d'une part le découpage actuel des régions et d'autre part les aspirations de certaines populations sous-régionales. En effet il a été constaté dans plusieurs régions que le découpage actuel ne correspondait pas aux attentes de populations sous-régionales. Cette situation a déjà été reconnu en partie par le gouvernement du Québec qui a créé en 1985 deux nouvelles régions administratives: celle de la Gaspésie et celle de Lanaudière. Il reste encore d'autres régions où ce problème existe. On peut penser, par exemple, aux revendications des établissements de la région des Bois-Francs ou de Ville de Laval.

L'emplacement même du CRSSS dans une région est également un autre facteur important, dépendemment de l'homogénéité de la région. Plusieurs répondants d'établissements, dans certaines régions, indiquaient qu'à leur avis leur CRSSS privilégiait les environs immédiats de la ville où il était situé au détriment de la périphérie. Ces répondants ne revendiquaient pas nécessairement un CRSSS pour leur périphérie mais plutôt une plus grande équité du conseil régional.

Il faut enfin souligner un dernier facteur: la situation socio-économique de la population de chacune des régions socio-sanitaires.

La couleur d'une région est donnée par le mélange plus ou moins heureux de tous ces facteurs. Les dimensions retenues par le rapport Bhérer pour typifier les conseils régionaux représentent autant de mesures différentes du mélange de ces facteurs.

La décentralisation administrative vers les CRSSS n'est donc pas un processus enclenché de façon uniforme dans toutes les régions. Bien plus: cette façon expérimentale et évolutive d'aménager le partage des pouvoirs et responsabilités a permis l'instauration de conseils régionaux de types différents. L'existence de quatre types de CRSSS (Déconcentré, Intermédiaire, Fédération d'établissements et Gouvernement régional) décrits dans le troisième chapitre confirme la flexibilité qu'a permise cette façon de procéder. Entre le CRSSS "Déconcentré" et le CRSSS "Gouvernement régional" il y a des différences appréciables qu'une déconcentration pure et simple n'aurait probablement pas permise . Une question importante est de savoir si la présence de quatre types de conseils régionaux au lieu d'un seul améliore la qualité des soins et services rendus à la population régionale dans l'une ou l'autre des régions...

A défaut de pouvoir répondre à cette question l'on peut constater que le type "Déconcentré" est celui qui plaît le moins aux répondants rencontrés hors des CRSSS et même dans la plupart des CRSSS. Dans la description du CRSSS idéal, seuls quelques permanents de CRSSS et des répondants des associations d'établissements veulent de ce type de conseil régional. A l'autre extrême, un CRSSS ayant des similitudes soit avec le type "Gouvernement régional" soit avec le type "Fédération d'établissements" est souvent décrit comme le CRSSS idéal. L'on doit également constater qu'une décentralisation plus poussée sur papier envers certains CRSSS ne garantit pas une décentralisation plus poussée de fait. En effet, les CRSSS des régions du Saguenay Lac St-Jean et de l'Estrie, qui se sont vu octroyer en 1980 des mandats allant dans le sens d'une plus grande décentralisation, ne sont pas du type "Gouvernement régional": l'un s'apparente plutôt au type "Intermédiaire", l'autre au type "Fédération d'établissements".

Une population qui participe sans décider

Plusieurs faits concourent à établir la conclusion que la décentralisation administrative des 15 dernières années dans le réseau socio-sanitaire est un pâle reflet de ce qu'on entend généralement par la décentralisation en tant que synonyme de participation de la population, de prise en charge du milieu par et pour lui-même: le désenchantement généralisé des représentants de la population n'occupant pas de fonctions exécutives au sein des conseils d'administration des CRSSS, le peu de place fait jusqu'à maintenant pour inclure la consultation de la population dans le processus d'élaboration des directives et politiques socio-sanitaires, son absence lors des assemblées générales d'établissements, l'intérêt moindre, lorsque confronté avec l'ensemble de leurs activités, que portent les CRSSS pour leur rôle d'animateur du milieu, la tiédeur de la plupart des permanents des établissements rencontrés à l'idée de voir la population davantage impliquée au niveau régional, enfin le peu d'intérêt manifesté par la majorité des CRSSS à servir d'instrument de pression de la population vers les établissements ou le Ministère sont autant de faits corroborant ce constat.

Par ailleurs, tous revendiquent le titre de véritable représentant de la population et de ses besoins: les établissements, les CRSSS, le Ministre et les groupes communautaires.

Les établissements appuient leur revendication en ce domaine sur le fait qu'ils dispensent les soins et services et que des représentants de la population siègent sur leur c.a.. Ces personnes sont soit nommées par le Ministre, soit élues par l'assemblée des usagers. Les établissements considèrent dès lors être les mieux à même d'identifier les besoins de la population.

Les CRSSS s'appuient également sur leur c.a. où six des quinze membres représentent la population (deux élus par les maires, trois nommés par le ministre, un par les organismes bénévoles de la région). Le chapitre III a permis cependant de constater que les représentants de la population sans fonctions exécutives au sein du c.a. portent un jugement assez pessimiste par rapport à leur "input" à ce niveau décisionnel. Les conseils régionaux prennent aussi à témoin les articles de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q. c. S-5) qui leur reconnaissent un rôle en ce sens, particulièrement l'article 18, alinéas a, b et c. Il faut souligner que depuis peu certains CRSSS, notamment celui de l'Estrie, ont adopté ou songent à adopter comme priorités celles se dégageant d'une vaste consultation de la population régionale.

Du coté ministériel, c'est en tant que personnes élues au suffrage universel par l'ensemble des citoyens que le Ministre, et le gouvernement en général, s'estiment les véritables représentants de la population. Ils sont également responsables du domaine de la santé et des services sociaux, comme il a été rappelé au début de cette conclusion.

Les groupes communautaires représentent un cas à part. La Loi sur les services de santé et les services sociaux ne leur reconnaît pas de légitimité officielle par rapport à la population. Ils puisent leur légitimité dans leur membership populaire. Ce sont souvent des organismes à vocation unique (Femmes victimes de violence, ataxie de Friedrich, Les amis du malade mental, etc.), souvent dépendants des subventions gouvernementales ou de la générosité du public. Les quelques représentants de ces groupes qui ont été rencontrés lors de la troisième étude sur la perception des CRSSS sont unanimes à décrire les CRSSS comme des organismes technocratiques et bureaucratiques et, contrairement a eux, loin des services directs à la population.

Du député au Ministre, en passant par les établissements et les CRSSS, chacun s'estime en droit de parler au nom de la population en ce qui concerne les questions relatives au domaine de la santé et des services sociaux et chacun se croit justifié de prendre les décisions, compte tenu de la légitimité que cela lui confère.

Les anti-CRSSS

Déjà en 1971, lors des débats en commission parlementaire sur la Loi 65, les associations d'établissements et médicales, de même que des groupes professionnels et spécialisés du domaine de la santé et des services sociaux se sont opposés à ce que les CRSSS obtiennent des pouvoirs significatifs sur l'ensemble du réseau régional. Ces mêmes intervenants ont récidivé en 1981 lors de l'élaboration de la Loi 27. Les entrevues effectuées auprès de ces intervenants lors de l'étude sur les perceptions du rôle des CRSSS ont permis de constater que pour l'essentiel, le discours n'a pas changé: les associations provinciales d'établissements et de médecins ne veulent pas, règle générale, poursuivre l'expérience de décentralisation administrative au niveau régional.

Bilan final

Ces quelques éléments représentent les faits saillants de ce bilan de la décentralisation administrative vers les CRSSS.

Le chapitre I se terminait sur la présentation du tourbillon de la décentralisation administrative tel que nous le révélait l'étude des principaux écrits relatifs à ce processus structurel. Le point de convergence de la spirale ainsi décrite se situe au niveau des contrôles relativement peu déterminants, à la fois en termes de mandats et des pouvoirs les caractérisant. Le second chapitre est venu compléter

cette vision en rappelant la place importante dans le quotidien des CRSSS des mandats relatifs aux ressources matérielles et humaines (niveau 2) et caractérisé par des pouvoirs de gestion, par opposition à des pouvoirs de pression ou de commandement. Enfin le troisième chapitre a fait connaître la perception que certains acteurs ont des CRSSS. Il appert que le rôle administratif (en opposition à politique) des CRSSS est prépondérant, que leur marge de manoeuvre par rapport au Ministère est souvent mince, qu'ils ont peu ou pas de pouvoirs de commandement relativement aux niveaux de contrôle les plus déterminants en termes de décentralisation, à savoir la détermination ou la répartition des ressources budgétaires, la création, la fusion ou l'abolition des établissements, la définition des objectifs, l'imposition des finalités vers lesquelles les autres moyens devront être mobilisés. Ces pouvoirs leur sont contestés à la fois par les établissements et leurs associations, par les associations médicales, par certains fonctionnaires du Ministère et même par la population qui n'hésite pas à l'occasion à faire appel aux élus municipaux, provinciaux ou même fédéraux pour renverser une décision du CRSSS avec laquelle elle ne serait pas en accord.

Tout cela délimite à l'intérieur de la grille d'analyse une "zone critique" (Figure 4) pour laquelle les CRSSS auraient à se battre âprement contre à peu près tout le monde pour pouvoir y oeuvrer. Il apparaît que la délégation aux CRSSS de nouveaux mandats correspondant à cette zone ne pourra vraisemblablement pas s'effectuer dans le cadre de la décentralisation administrative actuelle. Tout mouvement vers une responsabilisation accrue du CRSSS, ou plus largement de tout niveau intermédiaire entre le Ministère et les établissements doit passer par un changement des règles du jeu élaborés il y a maintenant plus de 15 ans.

FIGURE 4

LA ZONE CRITIQUE DE LA DÉCENTRALISATION ADMINISTRATIVE ACTUELLE

PEU ← IMPORTANCE DES POUVOIRS → BEAUCOUP

IMPORTANCE DES DOSSIERS : PEU ↓ BEAUCOUP

DOSSIERS, ACTIVITÉS CONCERNANT:	TYPES DE POUVOIRS		
	Pression	Gestion	Commandement
1- L'information circulante non-finalisante ressources informationnelles qui ne définissent pas les orientations et la nature de la Santé et des Services sociaux.			
2- Les ressources humaines et matérielles des établissements, leur clientèles, programmes et services.			
3- Détermination et/ou répartition des ressources financières (budgétaires).			
4- La création, la fusion, l'abolition des établissements.			
5- L'information structurante (définition des objectifs, imposition des finalités vers lesquelles les autres moyens devront être mobilisés).			

ANNEXE I

DECENTRALISATION : LA THEORIE

Tiré de : Evaluation du processus de décentralisation administrative vers le niveau régional en affaires sociales, MAS, novembre 1983, pp. 6-17.

III- DECENTRALISATION: LA THEORIE

L'évaluation du processus de réaménagement des pouvoirs et des responsabilités entre les différents secteurs socio-sanitaires dans lesquels le ministère et le réseau des Affaires sociales se sont engagés depuis dix ans ne peut s'effectuer sans une définition claire des concepts.

Le présent chapitre vise donc à une clarification et à une formulation des notions de centralisation, décentralisation et déconcentration élaborées à partir de l'étude de travaux théoriques sur ce sujet.

3.1 Noyau central et centralisation

Il convient au départ de préciser à l'intérieur de quel palier de gouvernement se situe ce processus. Pour les fins de cette étude, l'on entend par niveau national le palier de gouvernement provincial. A l'intérieur de ce palier il faut identifier le noyau central, composé du Conseil des ministres, de ses comités, appuyés par le secrétariat du ministère du Conseil exécutif et le Conseil du trésor. La coordination centrale est assurée aussi par les organismes administratifs centraux (la Commission de la fonction publique, l'OPDQ, etc.) et par les "ministères verticaux" (Affaires inter-gouvernementales, Affaires municipales, Finances, Justice). Gélinas (1975), situe également les "ministères verticaux" (Affaires sociales, Education, etc.) à l'intérieur du noyau central. Tous les autres organismes publics seront rangés dans la catégorie "décentralisation" ou "déconcentration" selon le type de rapport qu'ils entretiennent avec ce noyau central. Pour Gélinas (1975), par définition, le noyau central n'est ni centralisé ni décentralisé, il est tout simplement central.

La centralisation consiste à concentrer au niveau supérieur de la hiérarchie un minimum de centres de décision. Les décisions sont alors notifiées par voies d'ordre précis à partir d'un centre unique. En régime d'administration publique, la centralisation se présente souvent sous un

aspect très hiérarchisé (Lajoie 1968: 13):

> "Le pouvoir de décision est concentré au sommet de la hiérarchie, entre les mains du ministre. Les échelons ne font que transmettre et exécuter: transmettre les questions de l'endroit où elles se posent jusqu'au ministre compétent pour les trancher, transmettre dans le sens inverse la décision ministérielle, exécuter les tâches concrètes selon les ordres reçus. Ainsi, par la centralisation, une volonté unique, partant du centre de l'Etat, se transmet jusqu'aux extrémités du territoire".

3.2 Administration générale vs administration publique

Il existe autant de définitions de la décentralisation qu'il y a d'auteurs ayant abordé ce concept. Souvent même, la littérature spécialisée sur la question offre des définitions contradictoires.

Il convient tout d'abord de discerner deux grands courants de pensée pour lesquels la décentralisation n'a pas tout à fait la même signification: celui de l'administration publique et celui de l'administration générale (management).

Dans le domaine de l'administration générale, que l'on peut assimiler à la situation prévalant dans certaines grandes entreprises privées américaines, la décentralisation implique (Dufault 1979: 27) :

> "a- que les centres de décisions opérationnelles soient au plus bas niveau de la ligne hiérarchique à proximité du lieu de l'action;
>
> b- que les pouvoirs de décision et les responsabilités soient délégués;
>
> c- que l'organisme central possède des fonctions différentes des unités décentralisées."

Dans le domaine de l'administration publique, la décentralisation implique selon certains auteurs que l'organisme décentralisé possède les caractéristiques suivantes (Dufault 1979: 27):

- une personnalité juridique distincte;

- des pouvoirs de réglementation;
- des pouvoirs fiscaux;
- l'élection des titulaires;
- la délégation de responsabilités;
- la non-subordination au pouvoir central;
- les contrôles et les normes sont assurés par le pouvoir central.

La différence fondamentale entre ces deux approches réside dans le fait que dans le domaine de l'administration générale, la notion de décentralisation ne fait pas référence au cadre légal qui sous-tend, c'est-à-dire au statut, aux responsabilités et aux pouvoirs respectifs de l'organisme central par rapport à ses unités satellites.

La décentralisation dans le contexte du management américain, ne signifie pas d'abord une condition juridique: elle est une philosophie administrative, un principe d'organisation. En administration publique par contre, parler de centralisation, décentralisation ou déconcentration, c'est s'interroger sur la répartition entre les unités administratives ou les appareils de l'Etat (Gournay 1967: 127):

> "1) des responsabilités d'assurer l'exécution des diverses missions de l'Etat;
>
> 2) du pouvoir de prendre des décisions relatives à l'exercice de ces missions."

Pour les fins du présent texte, le courant de pensée de l'administration publique sera retenu.

3.3 Types de décentralisation

3.3.1 Décentralisation administrative vs décentralisation politique.

Le Secrétariat à l'aménagement et à la décentralisation (SAD) du ministère du Conseil exécutif définit ainsi la décentralisation (SAD 1978: 3):

> "(...) c'est d'abord un acte de confiance envers les individus et un appel à leur créativité. Elle repose essentiellement sur la conviction que les citoyens seront plus en mesure de définir eux-mêmes leurs besoins et de répondre avec originalité et invention à leurs aspirations s'ils exercent une prise directe (ou par l'intermédiaire de leurs instances locales) sur la production des services et activités qui les affectent quotidiennement."

Quant à l'organisation mondiale de la santé elle définit ainsi la décentralisation (O.M.S. 1972: 23):

> "Dans un système fortement décentralisé (...) la collectivité locale doit assurer, dans les conditions fixées par la loi, les services nécessaires pour protéger la santé de la population (...)."

On constate que ces deux organismes mettent l'accent sur la participation directe de la population, donc sur la dimension démocratique de la décentralisation.

Pour leur part, Lionel Ouellet (1978) et Gilbert Blain (1980) vont plus loin en précisant que pour eux la décentralisation implique nécessairement des pouvoirs fiscaux et de réglementation et la présence de personnes élues à la tête des organismes décentralisés.

Charles Debbasch (1968) dans l'Encyclopedia Universalis introduit toutefois une distinction entre deux types de décentralisation:

> "Lorsque la personnalité morale est conférée à un service déterminé détaché, de ce fait, de la masse des services de l'Etat, l'établissement public ainsi constitué témoignerait d'une décentralisation technique. (...) La décentralisation territoriale est une répartition des affaires administratives commandée par la diversité sociale, et donc politique, du pays sur l'ensemble du territoire. La décentralisation technique correspond aux exigences d'une répartition harmonieuse des fonctions entre les différentes branches de l'Administration. La première répond à des aspirations politiques, la seconde à un souci

> d'efficience. Cela explique que l'idée d'autogestion soit moins prononcée dans la décentralisation technique que dans la décentralisation territoriale".

Certains auteurs (Deschênes 1981; Lesemann 1978) abondent dans le même sens en distinguant entre un type de décentralisation qu'ils nomment administrative ou technocratique et un second type qu'ils qualifient de décentralisation politique ou démocratique (Tableau 1). Pour les fins de la présente analyse, cette distinction est retenue.

La décentralisation administrative implique que les organismes sous ce "régime" sont soumis à la "tutelle" des ministères et également à certains contrôles, règles et pratique des organismes administratifs centraux. Ils n'ont aucun pouvoir fiscal mais possèdent une personnalité juridique distincte et sont dirigés par des personnes nommées. André Gélinas (1975: 8) et Louis Borgeat (Borgeat, Dussault, Ouellet 1982: 56) qualifient ce type de décentralisation de "fonctionnelle".

La décentralisation politique se définit quant à elle comme une situation où les organismes décentralisés possèdent une personnalité juridique distincte mais sont dirigés par des personnes élues. Ils disposent de pouvoirs fiscaux et de réglementation. Gélinas (1975: 10) et Borgeat et coll. (1982: 56) qualifient ce type de décentralisation de "territoriale", tout comme Debbasch.

De plus, ce qui différencie fondamentalement ces deux types de décentralisation, c'est le rôle joué par la "base" (populations locales) dans le processus. Alors qu'en situation de décentralisation administrative la "base" ne fait que subir un réaménagement des pouvoirs édicté par l'organisme central (l'Etat), c'est elle qui est généralement l'instigatrice de ce réaménagement de pouvoirs lors d'une décentralisation politique (Lesemann 1978). Il est possible cependant que l'organisme central initie lui-même le mouvement vers une décentralisation politique. Dans un processus de décentralisation administrative, la population peut participer ou collaborer à des degrés divers à la prise de décision dans les domaines décentralisés administrativement, mais ce n'est pas elle ni

TABLEAU 1. DECENTRALISATION POLITIQUE ET DECENTRALISATION ADMINISTRATIVE

DECENTRALISATION POLITIQUE	DECENTRALISATION ADMINISTRATIVE
CARACTERISTIQUES COMMUNES	
. Personnalité juridique propre ou à tout le moins constitution législative. . Délégation de pouvoir de prendre des décisions relatives à l'exercice d'une ou plusieurs missions de l'Etat. . Délégation des responsabilités nécessaires en vue d'assurer l'exécution d'une ou plusieurs missions de l'Etat. . Rupture du lien hiérarchique.	
CARACTERISTIQUES SPECIFIQUES	
. Pouvoir fiscal . Pouvoir de réglementation étendu . Personnes élues par des segments précis de la population ou par l'ensemble de celle-ci.	. Aucun pouvoir fiscal . Pouvoir de réglementation restreint ou nul . Personnes nommées

l'organisme décentralisé qui possède les instruments pour modifier les rapports de force: tout s'effectue sous l'égide de l'Etat. Au contraire, une décentralisation politique a généralement pour origine une mobilisation populaire, une action directe de la "base" en vue de redéfinir elle-même les nouveaux rapports de force qu'elle entend établir avec l'Etat et les niveaux intermédiaires (régions, sous-régions, localités) de l'administration.

3.3.2 Décentralisation unifonctionnelle vs multifonctionnelle

Gélinas (1975: 8-16) établit une distinction supplémentaire en introduisant les concepts de décentralisation unifonctionnelle et multifonctionnelle. L'épithète "unifonctionnelle" signifie chez l'organisme décentralisé la spécialisation dans un secteur d'activités déterminé et permet donc de rejoindre des intérêts strictement sectoriels. Le terme "multifonctionnelle" signifie que l'organisme décentralisé doit au contraire assurer la concertation d'un ensemble de secteurs d'activités, rejoindre les intérêts intersectoriels. Pour les fins de l'analyse, cette distinction est également retenue.

Le lecteur retrouvera au tableau 2 l'ensemble des différents types de décentralisation pour chaque niveau d'intervention (national, régional, sous-régional, municipal/local) ainsi que des exemples permettant d'illustrer ces différents concepts. Il est clair qu'il ne peut exister de décentralisation démocratique au niveau national puisque les personnes élues à ce niveau font partie du noyau central par rapport auquel les organismes sont décentralisés.

Il faut souligner que la délégation de responsabilités ainsi que celle de l'autorité correspondante nécessaire à l'exécution de la tâche ne signifie en aucun cas une abdication de la part de l'organisme central! Dans le contexte d'une décentralisation administrative par exemple, l'organisme central conserve certaines fonctions (Dufault 1979: 24):

TABLEAU 2. LES DIFFERENTS TYPES DE DECENTRALISATION

NIVEAU D'INTERVENTION	TYPE D'INTERVENTION		EXEMPLES
NATIONAL (Québec)	DECENTRALISATION ADMINISTRATIVE	Unifonctionnelle	Régies, offices, tribunaux administratifs, sociétés.
		Multifonctionnelle	N'existe pas au Québec
REGIONAL (R. socio-sanitaires)	DECENTRALISATION POLITIQUE	Unifonctionnelle	N'existe pas au Québec
		Multifonctionnelle	N'existe pas au Québec
	DECENTRALISATION ADMINISTRATIVE	Unifonctionnelle	Conseils régionaux de développement (CRD) certains CSS
		Multifonctionnelle	N'existe pas au Québec
SOUS-REGIONAL	DECENTRALISATION POLITIQUE	Unifonctionnelle	Commissions scolaires
		Multifonctionnelle	N'existe pas au Québec
	DECENTRALISATION ADMINISTRATIVE	Unifonctionnelle	CH, CSS, CA, DSC
		Multifonctionnelle	N'existe pas au Québec
LOCAL	DECENTRALISATION POLITIQUE	Unifonctionnelle	N'existe pas au Québec
		Multifonctionnelle	Municipalités
	DECENTRALISATION ADMINISTRATIVE	Unifonctionnelle	CLSC, CH, CA
		Multifonctionnelle	N'existe pas au Québec

"1. La planification d'ensemble;

2. La conception des politiques et l'élaboration des programmes généraux;

3. L'élaboration des normes techniques d'ensemble;

4. L'octroi des moyens de mise en oeuvre;

5. Les activités de contrôle et d'évaluation d'ensemble."

Pour Giscard d'Estaing (1967: 15) la décentralisation, qu'elle soit démocratique ou administrative, implique:

> "La décentralisation n'exclut en rien la nécessité de décision au niveau de la direction générale et d'un contrôle centralisé. Une délimitation des responsabilités peut être ainsi fixée: une bonne gestion repose sur la centralisation des décisions de politique et du contrôle et sur une large décentralisation des responsabilités et des décisions opérationnelles."

3.4 La déconcentration

La déconcentration représente une typologie administrative propre à la science de l'administration publique et à l'approche légaliste française. Il n'existe pas d'équivalent dans le langage du "management" américain (Dufault 1979). Il faut souligner qu'elle consiste essentiellement en la dispersion géographique ou fonctionnelle d'agents administratifs relevant de l'organisme central. La déconcentration se distingue de la décentralisation par les caractéristiques suivantes:

1) L'organisme déconcentré et l'organisme central constituent une seule et même personnalité juridique;

2) Il n'a aucun pouvoir réglementaire ou fiscal;

3) Ses titulaires ne sont pas nommés ou élus mais simplement recrutés;

4) Il y a délégation de pouvoirs administratifs de la part de l'organisme central, mais en aucun cas délégation des responsabilités(1) correspondantes;

5) Toute la gestion est assurée par le pouvoir central.

Comme dans le cas de la décentralisation, la déconcentration peut être subdivisée en divers types. Elle peut être unifonctionnelle ou multifonctionnelle et se produire au niveau national, régional, sous-régional ou local (Tableau 3). Il ne saurait être question toutefois de parler de déconcentration démocratique ou politique puisque par définition la déconcentration réfère à un phénomène structurel purement administratif.

En résumé, ce qui distingue fondamentalement décentralisation et déconcentration, c'est le partage des responsabilités (Dufault 1979: 26):

> "(...) en régime déconcentré, le chef suprême de l'organisation conserve toujours et de façon immédiate les responsabilités de toutes les actions prises par ses agents administratifs, peu importe la délégation d'autorité dont ces derniers sont investis. Dans ce contexte, seuls des pouvoirs sont délégués, et non des responsabilités."

3.5 La régionalisation

Les auteurs consultés ayant abordé ce sujet (Ouellet 1978; O.M.S. 1972; Gosselin 1982) sont unanimes à mentionner le fait que la régionalisation peut s'inscrire dans un processus centralisé, décentralisé ou déconcentré, ces trois concepts se référant à des phénomènes structurels (administratif ou politique) alors que la régionalisation est avant tout un processus fonctionnel. En effet, régionaliser c'est (Ouellet 1978: 10-11):

> "(...) introduire la perspective spatiale et temporelle des actes administratifs en fonction d'un impact régional (...). Ce qu'elle introduit de nouveau dans le fonctionnement administratif, c'est un processus fonctionnel de planification, au processus décisionnel pré-existant: les actes des divers agents sont concertés, harmonisés

(1) Responsabilité pris dans le sens de capacité de prendre une décision sans en référer à une autorité supérieure.

TABLEAU 3. LES DIFFERENTS TYPES DE DECONCENTRATION

NIVEAU D'INTERVENTION	TYPE D'INTERVENTION	EXEMPLES
NATIONAL (provincial)	DECONCENTRATION — Unifonctionnelle	Organisation interne des ministère "verticaux" et "horizontaux" (1)
	DECONCENTRATION — Multifonctionnelle	-
REGIONAL (R. socio-sanitaires)	DECONCENTRATION — Unifonctionnelle	Bureaux régionaux des ministères
	DECONCENTRATION — Multifonctionnelle	Conférence administrative régionale
SOUS-REGIONAL	DECONCENTRATION — Unifonctionnelle	Bureaux sous-régionaux de certains ministères
	DECONCENTRATION — Multifonctionnelle	-
LOCAL/MUNICIPAL	DECONCENTRATION — Unifonctionnelle	Bureaux locaux des ministères, succursales des organismes régionaux
	DECONCENTRATION — Multifonctionnelle	-

(1) Bien que les ministères "horizontaux" et "verticaux" fassent partie du noyau central, leur organisation interne est de type déconcentré.

> et coordonnés; ils sont catalogués d'après leurs effets et leur priorité respective, relativement à la région (...). Les organes de l'Etat compétents à faire de la régionalisation ne se substituent pas aux services sectoriels (...) ils ne constituent pas non plus un niveau administratif hiérarchique intermédiaire entre la capitale et les unités administratives territoriales de base (...). La régionalisation est une activité de liaison (entre agents décideurs) et les organes qui assument cette fonction sont des organes managériels (...). La région n'est pas un échelon d'administration: échelon de dialogue et de décision mais non de réalisation, et les services de la région sont des organes de coordination mais non d'exécution."

Il s'agit donc d'un processus fonctionnel affectant deux étapes de la prise de décision: la planification et la coordination.

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé, la régionalisation c'est (O.M.S. 1972: 16):

> "(...) l'organisation et la coordination de toutes les ressources et de tous les services sanitaires à l'intérieur d'une région donnée en vue d'assurer des soins (...) du plus haut niveau possible et d'adapter un programme général d'action sanitaire aux caractéristiques et aux besoins de la région considérée."

Enfin, Roger Gosselin mentionne qu'il y a au moins deux façons différentes de régionaliser (Gosselin 1982):

> "1. Lorsque l'organisme central adapte lui-même ses politiques aux caractéristiques et besoins régionaux;
>
> 2. Lorsque les régions identifient individuellement leurs propres demandes."

Gosselin vient ainsi confirmer l'idée de Ouellet en indiquant bien la fonctionnalité du processus de régionalisation. En effet, il n'est pas nécessaire d'avoir un organisme ou un établissement dans le territoire pour régionaliser et, corollairement, la présence d'établissements ou d'organismes dans un territoire n'implique pas obligatoirement qu'il y a régionalisation.

ANNEXE 2

LES THEMES DU REPERTOIRE QUE FONT DONC LES CRSSS?, MSSS, DECEMBRE 1985.

Thèmes	Nombre de CRSSS	Nombre de dossiers
1. Accès à l'information (de d'i	2	4
2. Admission des bénéficiaires	6	14
3. Approvisionnement en commun	5	10
4. Buanderie-literie	3	3
5. CLSC (coordination des services des)	3	4
6. CLSC (implantation de)	2	2
7. Comité de bénéficiaires	2	2
8. Commissions	4	10
9. Condition féminine	6	8
10. Conservation de l'énergie	2	2
11. Contrats de services professionnels	2	2
12. Directeurs généraux (sélection et nomination des)	1	3
13. Elections et nominations	4	6
14. Enfants assistés	5	5
15. Evaluation des bénéficiaires	4	5
16. Formation (perfectionnement	6	21
17. Gestion des documents	4	10
18. Gestion financière régionalisée	5	15
19. Gestion des fonds	2	4
20. Gestion interne	5	13
21. Immobilisations et équipements	5	19
22. Information générale	5	19
23. Jeunes (contrevenants et)	3	3
24. Jeunes (services à la)	3	3
25. Laboratoire de biologie médicale (intégration des services de)	5	-
26. Loi (réforme de)	2	2
27. Location d'espace	4	4
28. Médecins en centres d'accueil (rattachement)	4	4
29. Municipalités régionales de comté	1	1
30. Organismes bénévoles	4	8
31. Pavillons	3	6
32. Permis d'exploitation	2	2
33. Personnes âgées (services aux)	4	14
34. Plaintes	3	5
35. Plan d'organisation	5	5
36. Radiologie (services de)	2	2
37. Rapport annuel d'activités	2	2
38. Réorganisation (projets de)	3	8
39. Réadaptation (déficience et les carences)	1	21
40. Réadaptation (réadaptation sociale)	6	21
41. Réadaptation (personnes handicapées physiquement ou mentalement)	6	34
42. Réallocation des ressources (CLSC - CSS - DSC)	5	8
43. Recrutement des effectifs médicaux	3	3
44. Règlements (loi 27 (1981)	2	4
45. Relance économique (programme de)	4	8
46. Relations avec les citoyens (amélioration des)	2	4
47. Ressources alternatives	4	8
48. Ressources humaines, matérielles et financières (rationalisation de)	2	3
49. Santé communautaire	6	22
50. Santé mentale	6	6
51. Séance publique d'information	2	4
52. Services à domicile	6	10
53. Sondage (enquête des établissements (création des)	1	1
54. Système d'information — Cheminement des établissements)	3	10
55. Système d'information — Cueillette des données sur la population et le réseau	3	11
56. Système d'information — Informatique	3	5
57. Transport ambulancier	4	8
58. Dossiers spéciaux	1	3
TOTAL	—	467

Source: Que font donc les CRSSS? Répertoire de l'activité des CRSSS, MSSS, Décembre 1985.

BIBLIOGRAPHIE

BELLEFEUILLE R., , "Les conseils d'administration du réseau des affaires sociales, les pions des directeurs généraux" in Le Soleil, 9 avril 1983.

BHERER H., GODBOUT J., BRASSARD L., TURGEON J., Le miroir magique de la décentralisation, perception des conseils régionaux de la santé et des services sociaux, Rapport de recherche subventionnée par la direction de l'évaluation du Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1986, 239 p..

BLAIN G., "la régionalisation d'hier à demain" in Administration hospitalière et sociale, 1980, 26, 1 : 4-12.

BLAIN G.(éd.), La décentralisation dans le domaine des Affaires sociales, Deuxième colloque Jean-Yves Rivard, Montréal, Les éditions administration et santé, 1981.

BORGEAT L., DUSSAULT R., OUELLET L., L'administration québécoise, Sillery, P.U.Q., 1982, 268 p..

CASTONGUAY C., "Les instruments politiques" in BLAIN G. (éd), La réforme des affaires sociales au Québec 1970-1980, ler colloque Jean-Yves Rivard, Montréal, Les éditions administration et santé, 1980, p. 31-39.

COMMISSION D'ENQUETE SUR LA SANTE ET LE BIEN-ETRE SOCIAL, Les services sociaux, Volume VI, Tome I, Québec, Editeur officiel du Québec, 1972, 381 p..

COMMISSION D'ENQUETE SUR LA SANTE ET LE BIEN-ETRE SOCIAL, Les services sociaux, Volume VI, Tome II, Québec, Editeur officiel du Québec, 1972, 492 p..

COMMISSION D'ENQUETE SUR LA SANTE ET LE BIEN-ETRE SOCIAL, La santé, Le régime de la santé, Volume IV, Tome II, Québec, Editeur officiel du Québec, 1970, 209 p..

COMMISSION D'ENQUETE SUR LA SANTE ET LE BIEN-ETRE SOCIAL, La santé, La situation actuelle ,Volume IV, Tome I, Québec, Editeur officiel du Québec, 1970, 212 p..

CONFERENCE DES CRSSS DU QUEBEC, Le devenir des fonctions et de l'organisation régionales - orientations 1987-1992, Québec, CCRSSSQ, 1987, 11 p..

DEBASCH C., "Décentralisation" in DEBASCH C., Encyclopedia Universalis, Volume V, Paris, Encyclopedia Universalis, 1968, p. 355-358.

DESCHENES J.-C., "Le Ministère des Affaires sociales et la décentralisation" in BLAIN G., La décentralisation dans le domaine des Affaires

sociales, Deuxième colloque Jean-Yves Rivard, Montréal, Les éditions administration et santé, 1981, p. 39-47.

DUFAULT P., "La décentralisation" in Administration hospitalière et sociale, 1979, 25, 2 : 18-27.

FORGET C., "Les contraintes des structures participatives" in BLAIN G. (éd.), La réforme des affaires sociales au Québec 1970-1980, ler colloque Jean-Yves Rivard, Montréal, Les éditions administration et santé, 1980, p. 59-70.

FORGET C.E., "Développement et implantation de l'idée de régionalisation des services de santé et des services sociaux au Québec" in Administration publique du Canada, 1974, 17, 1 : 26-36.

GELINAS A., Les organismes autonomes et centraux de l'administration québécoise, Montréal, P.U.Q., 1975, 346 p..

GISCARD D'ESTAING V., La décentralisation des pouvoirs dans l'entreprise, Paris, Les éditions d'organisation, 1967, 124 p..

GOSSELIN R., "Decentralization/Regionalization in health care: the Quebec experience" in Health Care Management Review, 1984, 9, 1 : 7-25.

GOURNAY B., L'administration, 3è édition, Paris, P.U.F., 1967, 126 p., (Collection Que sais-je? no 1004).

GROUPE DE TRAVAIL SUR LA REVISION DES FONCTIONS ET DES ORGANISATIONS GOUVERNEMENTALES,"Les conseils d'administration des établissements et les conseils régionaux de santé et de services sociaux" in , Rapports du Groupe de travail sur la révision des fonctions et des organisations gouvernementales, Québec, Association des cadres supérieurs du Gouvernement du Québec, 1986, p. 35.

HAMEL J., "Les CRSSS, une décennie d'implantation" in RIVERIN et col., L'administrateur public, un être pifométrique, Sillery, P.U.Q., 1981, p. 199-227.

HAMEL J., "La création des CRSSS" in RIVERIN A. et col., L'administrateur public, un être pifométrique, Sillery, P.U.Q., 1981, p. 185-197.

LABORIT H., La nouvelle grille, Paris, Robert Laffont, 1974, 358 p..

LEMIEUX V., RENAUD F.., VON SCHOENBERG B., Les CRSSS: une analyse politique, Ste-Foy, Université Laval, 1974, 175 p..

LEMIEUX V., TURGEON J., "La décentralisation: une analyse structurelle" in Revue canadienne de science politique, 1980, XIII, 4 : 691-710.

LESEMANN F., "Décentralisation et services communautaires" in Service

social, 1978, 27, 1 : 23-45.

MARCOUX G., "L'A.H.Q., les CRSSS et la complémentarité" in L'administrateur hospitalier, 1980, 3 : 25-27.

MENARD J.-P., Le recours au CRSSS, Document préliminaire, Montréal, Université de Montréal, Centre de recherche en droit public, 1983.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, Eléments pour une politique de décentralisation administrative, document de consultation, Québec, Editeur officiel du Québec, Service des impressions en régie, 1980, 60 p..

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, Décentralisation des activités du M.A.S., Québec, Le ministère, 1977, 9 p..

O'NEILL M., Innovative practices in state funded community health agencies: the case of Quebec's Community Departments, Document no.1, Ste-Foy, Université Laval, Centre de recherche sur les services communautaires, 1986, 487 p., (Collection: édition spéciale).

ORBAN E., La dynamique de la décentralisation dans l'Etat fédéral: un processus irréversible, Montréal, Québec/Amérique, 1984, 526 p..

OUELLET L., DESCOTEAUX Y., Concepts et méthodes de la régionalisation d'une administration centrale, Québec, Ateliers de gestion intégrée des ressources, 1978, 28 p..

PINEAULT R., LESSARD R., "Le système de santé du Québec: objectifs de soins ou objectifs de santé?" in L'Union médicale du Canada, 1984, 113 : 750-754 et 770.

TURGEON J., "Que font donc les CRSSS?" in Santé Société, 1986, 8, 2 : 33-36.

TURGEON J., Evaluation du processus de décentralisation vers le niveau régional en affaires sociales, Evaluation des programmes, document no 12, Québec, Direction de l'Evaluation des programmes, Service de l'Evaluation-santé, 1983, 114 p..

TURGEON J., FOURNIER L., Que font donc les CRSSS? analyse de l'activité de conseils de la santé et des services sociaux, Evaluation des programmes, étude no 21, Québec, Direction générale de l'Evaluation et de la Planification, Service de l'évaluation des programmes de santé, 1986, 80 p., (Série études et analyses).

TURGEON J., FOURNIER L., Que font donc les CRSSS? répertoire de l'activité de conseils de la santé et des services sociaux, Evaluation des programmes, données statistiques, Québec, Direction générale de l'Evaluation et de la Planification, 1985, 238 p..